

PESQUISA-AÇÃO E ENFERMAGEM



PROPOSIÇÕES E EXPERIÊNCIAS NOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM DO BRASIL

Organizadoras

Denise Antunes de Azambuja Zocche
Cândida Caniçali Primo
Sandra Maria Cezar Leal

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC

Reitor

Dilmar Baretta

Vice-Reitor

Luiz Antonio Ferreira Coelho

Pró-Reitora de Administração

Marilha dos Santos

Pró-Reitor de Planejamento

Alex Onaci Moreira Fabrin

Pró-Reitora de Ensino

Gabriela Botelho Mager

Pró-Reitor de Extensão, Cultura e Comunidade

Mayco Morais Nunes

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

Letícia Sequinatto

EDITORIA UDESC - CONSELHO EDITORIAL

Presidente

Marcia Silveira Kroeff

Secretário

Marcelo Gomes Cardoso

CCT

Avanilde Kemczinski (titular)

Ana Borges de Azevedo (suplente)

CEPLAN

Delcio Pereira (titular)

Fernanda Hansch Beuren (suplente)

ESAG

Fabiano Maury Raupp (titular)

Leonardo Secchi (suplente)

FAED

Fernando Coelho (titular)

Luciana Rossato (suplente)

CEFID

Gilmar Moraes Santos (titular)

Alexandro Andrade (suplente)

CERES

Giovanni Lemos de Mello (titular)

Micheli Cristina Thomas (suplente)

CEAD

Jordan Paulesky Juliani (titular)

Cleia Demetrio Pereira (suplente)

CEAVI

Marilei Kroetz (titular)

Paulo Roberto da Cunha (suplente)

CAV

Roseli Lopes da Costa Bortoluzzi (titular)

Veraldo Liesenberg (suplente)

CESFI

Samira Kauchakje (titular)

Luis Fernando Lamas de Oliveira (suplente)

CEART

Sandra Regina Rech (titular)

Guilherme Antonio Sauerbronn de Barros
(suplente)

CEO

William Campo Meschial (titular)

Alexandre Tadeu Paulino (suplente)

EDITORIA UDESC

Fone: (48) 3664-8100

E-mail: editora@udesc.br

<http://www.udesc.br/editorauniversitaria>

PESQUISA-AÇÃO E ENFERMAGEM:

PROPOSIÇÕES E EXPERIÊNCIAS NOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM DO BRASIL

Organizadoras

Denise Antunes de Azambuja Zocche
Cândida Caniçali Primo
Sandra Maria Cezar Leal

Revisora

Janete Maria Gheller

Capa/Projeto Gráfico/Diagramação

Alexandre Lunelli e Adriana Suzena

Créditos de imagem (capa):

Patrícia Poltronieri

P474 Pesquisa-ação e enfermagem: proposições e experiências nos
programas de pós-graduação de enfermagem do Brasil /
Organizadoras: Denise Antunes de Azambuja Zocche, Cândida Caniçali
Primo, Sandra Maria Cezar Leal. – Florianópolis: UDESC, 2022.
213 p. : il.

Inclui referências.

ISBN-e: 978-65-88565-53-7

1. Enfermagem – estudo e ensino. 2. Enfermagem – Brasil – Pós-
graduação. I. Zocche, Denise Antunes de Azambuja. II. Primo, Cândida
Caniçali. III. Leal, Sandra Maria Cezar.

DOI: 10.5965/9786588565537

CDD: 610.73 - 20. ed.

PESQUISA-AÇÃO E ENFERMAGEM:

**PROPOSIÇÕES E EXPERIÊNCIAS NOS
PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO
DE ENFERMAGEM DO BRASIL**

Organizadoras

Denise Antunes de Azambuja Zocche
Cândida Caniçali Primo
Sandra Maria Cezar Leal



Universidade Federal
do Espírito Santo



UDESC
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DE
SANTA CATARINA



editora
UDESC



UNISINOS

PREFÁCIO

Neste livro intitulado “Pesquisa-Ação e Enfermagem: Proposições e Experiências nos Programas de Pós-Graduação de Enfermagem do Brasil”, organizado pelas professoras Denise Antunes de Azambuja Zocche, Cândida Caniçali Primo e Sandra Maria Cesar Leal, está reunida uma série de trabalhos relativos a experiências e projetos de pesquisa em várias subáreas da Enfermagem. Em sua maioria, são trabalhos conduzidos com base na metodologia de pesquisa-ação, o que nos leva a refletir sobre os princípios gerais dessa metodologia e suas aplicações. Não nos será possível comentar aqui as contribuições de cada capítulo. Formularemos apenas algumas considerações gerais para destacar a pertinência da metodologia da pesquisa-ação participativa nas práticas de Enfermagem e da formação de profissionais.

A metodologia pesquisa-ação participativa se apresenta como conjunto de práticas de investigação com diferentes modalidades de participação dos interessados (individual ou coletivamente) nos problemas levantados e na busca por possíveis soluções e ações correspondentes. Os pesquisadores conduzem o projeto sem impor suas problemáticas e procuram maximizar as soluções decorrentes de uma forte interação humana. Nas instituições de saúde, o objetivo principal consiste em conceber e realizar ações exequíveis, eficazes e eficientes, capazes de

melhorar as situações de atendimento e acolhimento e, também, os cuidados, diagnósticos, tratamentos e acompanhamentos dos pacientes. Os avanços da tecnologia levam, em muitos casos, a uma relativa desumanização. Maquinário, medicamentos e aplicativos sofisticados não deveriam dispensar a necessidade do relacionamento humano entre profissionais de saúde e pacientes. A enfermagem exerce um importante papel nesse relacionamento. Busca-se meio de concretizar o ideal de humanização. A adoção de métodos participativos e de pesquisa-ação é vista como condição experimental em situação real e facilitadora nesse contexto.

A metodologia de pesquisa-ação participativa está aberta à colaboração de especialistas de várias disciplinas nas formas da interdisciplinaridade e até da transdisciplinaridade, quando se acrescentam saberes diferenciados, inclusive populares. Também são promovidas, de um lado, a reflexividade dos pesquisadores e profissionais em formação e, por outro, a emancipação e a autonomia dos sujeitos. Com o uso da pesquisa-ação, há geralmente uma demarcação para com a imposição do padrão positivista de objetividade. Propõe-se ao estabelecimento de uma dialética entre objetividade e subjetividade, em que os pesquisadores exercem uma função de mediação. O fato de relativizarem fatos, valores, pontos de vista ou objetividade não os deve levar ao abandono do conceito de racionalidade. Não se trata de uma racionalidade meramente instrumental, mas de uma racionalidade delimitada por aspectos bioéticos, morais, sociais, ambientais, etc. Nos atuais tempos de “pós-verdade”, o abandono de princípios científicos e racionais pode levar a catástrofes ideológicas e políticas. A criação da pós-graduação profissional, tanto em Enfermagem como em outras áreas, traz a vantagem de orientar o ensino e a pesquisa em sentido mais prático ou mais concreto que a tradicional pós-graduação acadêmica. Assim, volta-se para uma capacitação profissional apoiada nos desafios vividos em práticas efetivas, o que explica o sucesso e a propagação da metodologia de pesquisa-ação participativa nos cursos profissionais. No passado, a pesquisa-ação era vista principalmente como proposta militante. Sem negar sua constante perspectiva crítica e emancipatória, tal metodologia tende a ser, atualmente, mais utilizada em ambientes profissionais (educação, saúde, serviço social, engenharias, etc.). Seu intenso uso em Enfermagem serve de grande exemplo. Nas universidades, a pesquisa-ação ainda é pouco aplicada no ensino e na pesquisa acadêmica, mas ela tem encontrado maior espaço na Extensão Universitária. Agora, a pesquisa-ação está crescendo no âmbito da pós-graduação profissional, podendo crescer, também, na Graduação, graças à lei da curricularização da Extensão. Tudo isso reforça a necessidade de uma maior e melhor capacitação metodológica dos docentes, pesquisadores, extensionistas, formandos, por meio de disciplinas de pesquisa-ação, sem diminuir a importância do ensino da metodologia mais

tradicional, como a da pesquisa quantitativa, qualitativa, pesquisa experimental, etc. No mestrado profissional parece necessário ter disciplinas de metodologia participativa e de pesquisa ação. As vantagens da pesquisa-ação participativa na formação possuem diferentes aspectos: estreitamento da relação entre teoria e prática; aprendizagem baseada na prática com reflexivo e reflexividade; experimentação e situação real; pesquisa aplicada com forte interação: participação, colaboração e cooperação; discussão de resultados em sala de aula entre docentes e alunos; validação na prática, com troca de experiências entre docentes. Assim, promove-se um processo de trabalho coletivo (docentes, alunos, paciência e membros da situação). O trabalho coletivo da pesquisa-ação vai muito além de um simples grupo focal. Ademais, a metodologia de pesquisa-ação tende a ocupar um crescente espaço entre as várias modalidades de pesquisa qualitativa. Seu caráter participativo precisa ser fortalecido e enriquecido por diversas técnicas grupais e recursos de novas tecnologias digitais em matéria de informação e comunicação, inclusive em redes, lembrando que, no entanto, a interação presencial sempre continuará necessária.

A partir de 2020, com a pandemia de covid-19, surgem novos desafios. Ninguém estava preparado para o enfrentamento dessa doença, tanto em seus aspectos biológicos e médicos (diagnóstico, hospitalização, vacinas), quanto em seus aspectos sociais e políticos (negacionismo, corrupção, desinformação, pós-verdade, etc.). Os pesquisadores têm que aprender a lidar com o conjunto desses fenômenos associados à pandemia. Novos programas de pesquisa-ação ideais poderiam consistir em investigações necessárias para desencadear, a prazo curto, ações de informação e esclarecimento sobre proteção, vacinação, cuidados e tratamentos. O uso de métodos participativos ou colaborativos pode criar novas linhas de enfrentamento da pandemia.

Parabéns às organizadoras e aos autores deste livro-coletânea que, sem dúvida, marcará um grande avanço na elaboração e na aplicação de metodologias participativas e de pesquisa-ação em Enfermagem, em particular no contexto da pós-graduação profissional.

Michel Jean Marie Thiolent

Novembro, 2021

SUMÁRIO

1	PESQUISA-AÇÃO NA ENFERMAGEM: PROPOSIÇÕES E EXPERIÊNCIAS NOS MESTRADOS PROFISSIONAIS DO BRASIL	10
2	DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO	21
3	USO DE FERRAMENTAS DA QUALIDADE NA REDUÇÃO DE INCIDENTES RELACIONADOS À SONDA NASOENTERAL	32
4	PESQUISA-AÇÃO: POTENTE INSTRUMENTO GERENCIAL PARA O TRABALHO DA SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM EM TEMPOS DE MUDANÇAS	48
5	PESQUISA-AÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA A CRIAÇÃO DE SOLUÇÕES TECNOLÓGICAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE	62
6	PESQUISA-AÇÃO COMO FERRAMENTA PARA A TRANSFORMAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	76
7	POR UMA PRÁTICA PARTICIPATIVA E TRANSFORMADORA: O USO DA PESQUISA AÇÃO NA COMUNIDADE EM AMBIENTE HOSPITALAR	89
8	PESQUISA-AÇÃO COMO ESTRATÉGIA METODOLÓGICA PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM	101
9	PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE NA INTERFACE SAÚDE E EDUCAÇÃO: ENSAIO DE PESQUISA-AÇÃO	112
10	PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL E A PRODUÇÃO TECNOLÓGICA DESENVOLVIMENTAL PARA O NEONATO PREMATURO	127
11	PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE DO RECÉM-NASCIDO: TECNOLOGIA EM SAÚDE	137
12	PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA DA ASSISTÊNCIA	152
13	A PESQUISA-AÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA A CONSTRUÇÃO DE UM GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES DE PELE	169
14	INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM À MULHER E À CRIANÇA EM PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO	180
15	PRECEPTORIA EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DIÁLOGOS E REFLEXÕES A PARTIR DA PESQUISA APRECIATIVA	192

CAPÍTULO 1

PESQUISA-AÇÃO NA ENFERMAGEM: PROPOSIÇÕES E EXPERIÊNCIAS NOS MESTRADOS PROFISSIONAIS DO BRASIL

1 INTRODUÇÃO

Propõe-se, neste capítulo, uma reflexão sobre a pesquisa-ação, com vistas a contribuir para o desenvolvimento de estudos participantes, que agregam à aplicação e melhoria da qualidade das práticas profissionais em saúde e enfermagem, no contexto dos mestrados profissionais da área. Para a construção desta reflexão foram analisados os referenciais teóricos de Barbier (2002), Thiollent (2011) e Tripp (2005) sobre o desenvolvimento de uma pesquisa-ação. E para identificar etapas, instrumentos e elementos comuns para o alcance dos objetivos de uma pesquisa-ação e a compreensão de sua dinâmica organizacional, foram analisados alguns Trabalhos de Conclusão de Curso resultantes de mestrados profissionais em enfermagem. Para fins de análise foram estabelecidos os seguintes critérios: flexibilidade metodológica; combinação de múltiplos instrumentos de coleta e análise dos dados; e o índice de participação e intervenção entre os participantes e pesquisadores.

A pesquisa qualitativa, conforme Creswell e Poth (2016), é interpretativa com

DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCCHE

CANDIDA CANIÇALI PRIMO

SANDRA MARIA CEZAR LEAL

envolvimento intenso e sustentado do pesquisador como participante da investigação. No contexto dos mestrados profissionais em enfermagem (MPE), a pesquisa qualitativa tem sido utilizada para investigar fenômenos relacionados à prática profissional. Entre as abordagens utilizadas, a pesquisa-ação (PA) vem sendo amplamente utilizada por permitir que o pesquisador comprehenda os fenômenos em estudo a partir dos participantes nele envolvidos, além de possibilitar a transformação das práticas (KOERICH et al., 2017).

A pesquisa-ação é caracterizada como um tipo de pesquisa social, concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual os pesquisadores e os participantes estão envolvidos de forma cooperativa e participativa (BARBIER, 2002).

Para Tripp (2005), a pesquisa-ação é um tipo de investigação-ação que segue um ciclo, no qual se aprimora a prática pelo desenvolvimento de ações no campo da prática e da investigação a respeito dela. É um método que possibilita a interação entre o pesquisador e os participantes da pesquisa, ou seja, entre o saber formal e saber informal, integrando a teoria e a prática, oportunizando, assim, a possibilidade de mudanças na forma como as pessoas interagem entre si e com os outros (THIOLLENT, 2011).

O desenvolvimento de pesquisas participativas na área da saúde implica o avanço no envolvimento da sociedade e na participação dos participantes, que são os verdadeiros atores no processo de viver e desejar mudanças. Ao realizarem ações de investigação em conjunto, esses atores articulam interesses acadêmicos e sociais, tendo o diálogo como elemento-chave. Dessa forma, a pesquisa participativa se caracteriza por compreender e valorizar diferentes conhecimentos, com destaque para os conhecimentos éticos e políticos, imprescindíveis à transformação social (MORETI; ADAMS, 2011).

Na área da saúde, a PA é utilizada, em especial, nos programas de saúde coletiva, devido à significativa participação popular e a construção social de conhecimento, por meio da interação e cooperação entre os participantes e pesquisadores. Diante das múltiplas dimensões que envolvem o cotidiano do trabalho em saúde e enfermagem, a pesquisa qualitativa e as metodologias participativas de pesquisa ganham, cada vez mais, importância, devido ao envolvimento direto e colaborativo entre diferentes stakeholders (participantes da problemática investigada, pesquisadores) em todas as etapas metodológicas, dando voz às comunidades (THIOLLENT; TOLEDO, 2012).

A atual política de formação de recursos humanos para a área da saúde, por meio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Grau Superior (Capes), prevê a articulação entre ensino-serviço e comunidade, onde os mestrados profissionais têm se mostrado fundamentais para gerar

material científico, que contribua com o debate e o conhecimento sobre temas importantes nos cenários de prática. Isso se aplica, sobretudo às Instituições de Ensino Superior (IES) caracterizadas pela realização de ensino, pesquisa e extensão. Nessa direção, Dias (2009, p. 46) sublinha que “há uma imbricação entre as esferas pesquisa, ensino e extensão [...] talvez, aí resida o que se poderia chamar de produtividade docente”. Essa reflexão contrapõe à métrica produtivista vigente, que valoriza a publicação dos resultados de pesquisa em periódicos estrangeiros especializados, em detrimento dos produtos técnicos que impactam na transformação da realidade social.

Considerando que a pesquisa-ação vem sendo aplicada, especialmente, nos programas de pós-graduação em enfermagem de instituições públicas e privadas de Ensino Superior brasileiras, a partir da produção dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) e dissertações (D), é pertinente lançar o seguinte questionamento: é possível identificar etapas comuns, instrumentos de coleta e análise, bem como desafios intrínsecos a essas práticas de investigação e intervenção no contexto dos mestrados profissionais em enfermagem?

2 ETAPAS E SISTEMÁTICA DA PESQUISA-AÇÃO (PA)

O percurso da PA necessita, como em todos os processos investigativos, de instrumentos de produção (coleta), registro e análise das informações (dados), ou seja, meios para promover a reflexão e ações ou intervenções entre os participantes e pesquisadores. Assim, todos os envolvidos podem projetar, planejar e construir saberes que possam transformar a realidade. Uma das características mais relevantes desse método de pesquisa é a exigência de participação dos interessados nos problemas levantados e na busca de possíveis soluções para, deste modo, tornarem-se protagonistas na elaboração, desenvolvimento e implementação de ações que serão dialogadas, deliberadas por consenso ou não, a partir da reflexão sobre o fazer técnico e a ação (THIOLLENT, 2011; TRIPP, 2005).

Outra característica marcante da PA é a flexibilidade e circularidade, uma vez que nela não são exigidas etapas pré-definidas, pois as ações a serem implementadas surgem da compreensão do grupo de participantes e pesquisadores sobre o problema em todas as etapas do processo. Isso requer, em alguns momentos, voltar atrás, repactuar e reorganizar os objetivos, estratégias para alcançar o propósito maior escolhido pelos envolvidos.

Dentre os estudos na área da saúde e educação em que é desenvolvida a PA, destacam-se as etapas, instrumentos de coleta, análise e registro, propostos por Thiolent (2011) e do ciclo da pesquisa-ação abordado por Tripp (2005) por apresentarem, de forma clara e fundamentada o

modo pelo qual a PA se situa entre a prática cotidiana e a pesquisa acadêmica (NUNES *et al.*, 2019; RAMOS *et al.*, 2020; TOLEDO; GIATTI; JACOBI, 2014).

Na maioria dos estudos em que é desenvolvida uma PA - apresentados nos capítulos seguir - foram utilizadas quatro fases na investigação e ação: fase exploratória, identificação de um problema, coleta de dados; planejamento de uma solução; implementação e monitoramento e avaliação dos resultados e impacto. Assim, na Figura 1, apresenta-se no Diagrama das fases dos ciclos investigação-ação, elaborado para representar as quatro fases que se considera contemplar as especificidades da PA, tanto na área da saúde como na área da educação.



Figura 1 – Diagrama das fases do ciclo investigação e ação

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

As quatro fases do ciclo investigação – ação são descritas a seguir.

FASE EXPLORATÓRIA E COLETA DE DADOS

É a fase em que são realizados os diagnósticos necessários para compreender o contexto do problema, com vistas a transformar uma realidade, provocar mudança ou ainda reformar processos e programas. Com base nos dados gerados nessa etapa, os pesquisadores e participantes definem os objetivos, deliberando sobre as próximas etapas do estudo. A geração de ideias, hipóteses surgem para a orientação na pesquisa e nas interpretações. Logo, o projeto de PA precisa estar articulado a um conjunto de referenciais teóricos relacionados aos diferentes setores: educação, organização, comunicação, saúde, trabalho, entre outros (THIOLLENT, 2011).

Para Thiolent (2011), certos elementos teóricos deverão ser adaptados e traduzidos em linguagem acessível, podendo-se prever grupos de estudo separados da etapa de seminários (coleta de dados) cujas conclusões podem servir de conteúdo às discussões sobre as ações a serem planejadas. A escolha do instrumento de coleta tem relação com o objetivo proposto na pesquisa, isto é, o instrumento deve ser capaz de atender as potencialidades de mudança e transformação deliberadas pelo grupo nos seminários.

2.1.1 INSTRUMENTOS E ESTRATÉGIAS PARA A COLETA DE DADOS

Dentre as diversas estratégias para a coleta de dados na PA, o seminário se desenvolve por meio de grupos de trabalho para conduzir o processo investigativo (THIOLLENT, 2011). Os grupos são constituídos de membros significativos, e o pesquisador, tendo como propósito discutir e tomar decisões a partir das informações produzidas e interpretadas (PICHET; CASSANDRE; THIOLLENT, 2016).

Os seminários podem agregar profissionais da saúde de diversas áreas do conhecimento, possibilitando um diálogo interprofissional ou de uma única categoria, a depender dos atores necessários para compreender o contexto do problema e efetivar as mudanças propostas. Os participantes percebem a pesquisa-ação como uma produção coletiva de conhecimento, valorização da equipe, oportunidade de participar de uma pesquisa, produção de tecnologias e produtos necessários para resolver os problemas identificados no contexto do trabalho (VANTIL et al., 2020).

Os seminários possibilitam a produção de materiais de natureza teórica e empírica que servirão de embasamento na busca de soluções, definição de diretrizes e ações, além da divulgação dos resultados nos canais apropriados. Para a produção desse material são utilizadas diversas técnicas de coleta de dados, como entrevistas coletivas, grupos focais, questionários e ainda técnicas antropológicas como a observação participante, diários de campo, história de vida (SAMPIERI; COLLA-

DO; LUCIO, 2013; THIOLLENT, 2011). Ainda, podem ser utilizados mapas conceituais, diagramas de causa-efeito, matrizes, organogramas de estrutura, redes conceituais (STRINGER; CHRISTENSEN; BALDWIN, 2009). Por ser a interatividade a característica mais marcante da PA, sugere-se que os pesquisadores façam uso de técnicas de coleta de dados que priorizam a coletividade e a participação.

Entre os instrumentos citados para a geração dos dados, destacam-se os grupos focais, por se constituírem um importante mecanismo de intervenção, uma vez que viabilizam discussões, debates e reflexões na elaboração de estratégias à resolução de problemas, pautadas na experiência de participantes (SEHNEM *et al.*, 2015). Os grupos focais na PA, focados na intervenção para a melhoria de práticas na enfermagem, podem ser resolutivos pois constituem momentos de reflexão e ação sobre o fazer profissional (ZOCCHE; ROSA; ZANATTA, 2021).

2.2 PLANEJAMENTO DE UMA SOLUÇÃO/INTERVENÇÃO

Para Thiolent (2011), a elaboração do plano de ação deve revelar quem são os atores ou as unidades de intervenção; levando em consideração a relação entre eles quanto ao poder de tomada de decisões; quais são os objetivos da ação e os critérios de sua avaliação; como dar continuidade à ação em face das dificuldades; como assegurar a participação da população e incorporar as sugestões fornecidas e como controlar o processo e avaliar os resultados.

É importante chamar a atenção para o fato de que esse processo promove momentos emancipatórios no grupo envolvido, com mais intensidades nas etapas seguintes: implantação e avaliação das ações programadas (BACKES *et al.*, 2009; BARBIER, 2002). Nesse contexto, o plano deve incorporar objetivos, ações, estratégias, metas, cronograma e recursos para resolver o problema ou provocar a mudança desejada (SAMPLIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). Vale ressaltar que, se necessário, pode voltar-se a coletar dados a fim de tornar possível a implantação do plano de ações, ou seja, colocar o plano em andamento, pois a PA propicia o ir e vir entre suas etapas, provocando um processo de reflexão coletivo acerca das estratégias operacionais a serem utilizadas. Nesse processo investigativo, os participantes e pesquisadores são os elementos mais importantes (THIOLLENT, 2012).

Nessa perspectiva, a PA pode ser vista como uma estratégia de autoformação, pois o processo de análise dos dados envolve a reflexão e o diálogo sobre as experiências adquiridas na prática social, organizativa e educativa, a partir de referenciais teóricos elegidos à resolução do problema ou para a mudança desejada na realidade dos participantes. Portanto, essa etapa pode ser identifica-

da, também, como um momento de aprendizagem, já que aprender pressupõe uma autorreflexão sobre si, sobre seu entorno e sobre as práticas sociais em que está inserido (THIOLLENT, 2012).

Quando o grupo de participantes e pesquisadores finalizarem essa etapa, dá-se início a análise dos dados gerados no decorrer dos grupos focais ou seminários. Para a análise dos dados, pode ser utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin (2016), conforme as fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Todavia, é importante ressaltar que a análise, nas pesquisas participantes, é um processo contínuo que auxilia na compreensão da realidade (HEIDEMANN et al., 2017). Este processo envolve uma reflexão ampliada da situação, com tal profundidade que permite o despertar de novos olhares sobre a realidade. Ao ouvir e desafiar os participantes, o pesquisador participa de um movimento de ir e vir nos dados, que Paulo Freire chama de percepção da percepção anterior, a qual contribui, também, para a análise crítica da situação (FREIRE, 2016a, 2016b).

Segundo Thiolent (1985), o raciocínio subjacente à pesquisa-ação é diferente da pesquisa convencional, pois se fundamenta na argumentação de muitos interlocutores, havendo maior complexidade e melhores condições de compreensão, interpretação e análise do material qualitativo gerado.

Para o tratamento dos dados, ainda, pode recorrer-se a softwares de tratamento de dados qualitativos, pois ajudam a compilar os dados de maneira mais formal, além de reforçar a utilização de um glossário para garantir o uso uniforme de uma terminologia. Também permite criar notas ou marcas eletrônicas (YIN, 2016).

Do resultado da análise e tratamento dos dados podem emergir categorias sistematizadas ou interpretadas como ações a serem implementadas, as quais costumam ser de ordem organizacional, educativa, política e até interpretadas do ponto de vista sociopolítico, em termos de negociação, resolução de conflitos e empoderamento (PICHETH; CASSANDRE; THIOLLENT, 2016).

2.3 IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES

Quando o plano de ações foi deliberado e decidido com pleno consenso ou não pelo grupo de participantes e pesquisadores passa, então, a ser implementado pelos pesquisadores com base em diferentes referenciais teóricos (THIOLLENT, 2011).

A ação corresponde ao que precisa ser feito (ou transformado) para solucionar um determinado problema. Destaca-se que as ações implementadas são portadoras de aprendizagem e de conhecimento mútuo, com interações entre observadores e observados (THIOLLENT; OLIVEIRA, 2016).

Vale ressaltar que a coleta de dados pode continuar com o objetivo de acompanhar as ações decorrentes e suas possíveis adaptações ou ajustes entre os proponentes e os membros da estrutura a qual ocorrerão as mudanças ou intervenções propostas. O mesmo acontece com a análise, como foi discutido anteriormente.

Nesse sentido, é importante destacar que se deve atentar para a identificação dos saberes em uso pelo envolvidos na ação proposta, ou seja, a fim de mapear avanços, fragilidades e necessidade de readequações quer seja no objetivo, meta ou estratégias para implementar a ação desejada. Portanto, faz-se necessário reconhecer a influência do pensamento Freiriano no desenvolvimento da PA, uma vez que teoria e prática são dois campos de formação que se sustentam na relação dialética que estabelecem entre si num determinado contexto histórico. Ainda, destaca-se o potencial das práticas investigativas para o desenvolvimento humano, pois segundo Freire (2016a), ao ensinar o educador investiga, procura compreender a sua realidade. O autor refere “[...]. Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo edoco e me edoco. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade” (FREIRE, 2016a, p. 30).

É relevante prover o grupo de participantes e pesquisadores de técnicas de coleta de dados que preveem o diálogo, a interação, a busca pelo conhecimento. Atualmente, muitas dessas técnicas têm sido utilizadas na etapa de implementação das ações no âmbito do trabalho em saúde e enfermagem: oficinas, rodas de conversa, utilização da tecnologia de comunicação via aplicativo de mensagens instantâneas, photovoice, diário de campo, (AMARAL et al., 2021; NOBREGA et al., 2019; RAMOS et al., 2020; TOUSO et al., 2017).

Ações implementadas por meio da PA podem promover a interação e o planejamento de um grupo envolvido na solução de uma problemática, permitindo a reflexão sobre o processo de trabalho, repensando propostas que tragam maior científicidade e visibilidade para a enfermagem (DA ROSA; ZOCCHE; ZANOTELLI, 2020).

2.4 AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Nessa etapa o pesquisador avalia cada ação proposta, informando o grupo, monitorando avanços, processos, identificando pontos fortes, lacunas, fornecendo feedback aos participantes com o propósito de colher a “voz dos participantes”, suas experiências e sentimentos (SAMPLIERI; COLLA-DO; LUCIO, 2013).

Thiollent (2012) propõe que além do retorno ao grupo dos participantes da PA, é possível a

divulgação dos resultados em diferentes setores interessados e pode ser inserida na discussão de trabalhos apresentados e divulgados no ambiente acadêmico. O autor ainda destaca que essa divulgação pode gerar reações e contribuir na tomada de consciência e até provocar mais um ciclo de ação e investigação.

Recomenda-se, também, o uso das redes sociais para a divulgação dos resultados, pois a democratização do conhecimento técnico-científico proporcionada pelo universo digital representa uma fonte rápida na transmissão de conteúdos da ciência (NAVAS et al., 2020).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As abordagens participativas e ativas de pesquisa na área da saúde e enfermagem promovem o diálogo entre atores com diferentes visões de mundo e percepções das necessidades locais, contribuindo para o desenvolvimento de uma diversidade de produções intelectuais, técnicas e científicas.

Embora, metodologicamente, a prática da pesquisa-ação prescreva etapas, é importante sinalizar que se trata de um processo que depende da característica e das ideias dos atores que fazem parte dele, o que pressupõe adaptações, inclusive no âmbito temporal, sem prejuízo para a transformação que se deseja.

É preciso incentivar o diálogo e a produção de atores que vivenciam o cotidiano da assistência clínica em hospitais, Atenção Primária e outros ambientes assistenciais. Ainda, é necessário que se produza pesquisa em saúde intersetorialmente, envolvendo a comunidade e as instâncias que estão imbricadas na produção da saúde integral.

REFERÊNCIAS

AMARAL, V. S. et al. Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 1, e310106, abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310106>. Acesso em: 14 ago. 2021.

BACKES, D. S. et al. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 903-910, 2009.

BARBIER, R. *Pesquisa ação*. Brasília: Plano, 2002.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2016.

CRESWELL, J. W.; POTH, C. N. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. 4. ed. Los Angeles: Sage publications, 2016.

DA ROSA, A. P. L.; ZOCCHE, D. A. A.; ZANOTELLI, S. S. Gestão do cuidado à mulher na atenção primária: estratégias para efetivação do processo de enfermagem. *Enfermagem em Foco*, Brasília, v. 11, n. 1, jun. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2670>. Acesso em: 25 ago. 2021.

DIAS, A. M. I. Discutindo a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. *Revista Brasileira de Docência, Ensino e Pesquisa em Educação Física*, v. 1, n. 1, p. 37-52, 2009.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. 53. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016a.

FREIRE P. *Pedagogia do oprimido*. 60. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016b.

HEIDEMANN, I. T. S. B. et al. Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: Contribuições para a saúde. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 26, n. 4, p. 1-8, 2017. DOI: 10.1590/0104-07072017000680017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/pdfHS9bS8fqwp5BTcP-ql64L/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2021.

KOERICH, M. S. et al. Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia-GO, v. 11, n. 3, 2017. DOI: 10.5216/ree.v11.47234. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/47234>. Acesso em: 22 ago. 2021.

MORETTI, C. Z.; ADAMS, T. *Pesquisa Participativa e Educação Popular: epistemologias do sul*. Educação & Realidade, v. 36, n. 2, p. 447-463, 2011.

NAVAS, A. L. G. P. et al. Divulgação científica como forma de compartilhar conhecimento. *CoDAS*, v. 32, n. 2, 2020.

NÓBREGA, V. C. F. et al. As redes sociais de apoio para o Aleitamento Materno: uma pesquisa-ação. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 121, p. 429-440, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912111>. Acesso em: 14 ago. 2021.

NUNES, F. C. et al. A tecnologia grupal no cuidado psicossocial: Um diálogo entre pesquisa-ação e educação permanente em saúde. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 28, 2019.

PICHETH, S. F.; CASSANDRE, M. P.; THIOLLENT, M. J. M. Analisando a pesquisa-ação à luz dos princípios intervencionistas: um olhar comparativo. *Educação*, v. 39, n. 4, p. s3-s13, 31 dez. 2016.

RAMOS, C. F. V. et al. Educational actions: an action research with family health strategy professionals and users. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 5, e20180969, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0969>. Acesso em: 14 ago. 2021.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. *Metodologia de pesquisa*. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SEHNEM, G. D. et al. Utilização do grupo focal como técnica de coleta de dados em pesquisas: relato de experiência/Focal group utilization as data gathering technic to researches: experience report. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 14, n. 2, p. 1194-1200, nov. 2015. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienc-cuidsaude.v14i2.21960>.

STRINGER, E. T.; CHRISTENSEN, L. M.; BALDWIN, S. C. *Integrating teaching, learning, and action research: enhancing instruction in the K-12 classroom*. Los Angeles: Sage Publications, 2009.

THIOLLENT, M. Fundamentos e desafios da pesquisa-ação: Contribuições na produção de conhecimentos interdisciplinares. In: TOLEDO, R. F.; JACOBI, P. R. (Orgs.). *A pesquisa-ação na interface saúde, educação e ambiente*. 1. Ed. São Paulo: Annablume/Fapesp, 2012. p. 17-40.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 1985.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 18. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

THIOLLENT, M.; OLIVEIRA, L. Participação, cooperação, colaboração na relação dos dispositivos de investigação com a esfera da ação sob a perspectiva da pesquisa ação. In: CIAIQ, A. *Atas-Investigação Qualitativa em ciências sociais*, v. 3, p. 357-366, 2016.

THIOLLENT, M. J. M.; TOLEDO, R. F. Participatory Methodology and Action Research in the Area of Health. *International Journal of Action Research*, v. 8, p. 142-158, 2012. Disponível em: <http://wp.ufpel.edu.br/consagro/files/2011/11/THIOLLENT-Michel-Action-Research-and-Participatory.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2021.

TOLEDO, R. F.; GIATTI, L. L.; JACOBI, P. R. A pesquisa-ação em estudos interdisciplinares: análise de critérios que só a prática pode revelar. *Interface (Botucatu)*, v. 18, n. 51, p. 633-646, 2014.

TOUSO, M. F. S. et al. Photovoice como modo de escuta: subsídios para a promoção da equidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 3883-3892, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.25022017>. Acesso em: 14 ago. 2021.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educ. Pesqui.*, v. 31, n. 3, 2005.

VANTIL, F. C. S et al. Safety of patients with mental disorders: a collective construction of strategies. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 73, n. 1, e20170905, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0905>.

YIN, R. K. *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Penso, 2016.

ZOCCHE, D. A. A.; ROSA, A. P. L.; ZANATTA, E. A. Pesquisa-Ação no Desenvolvimento de um Instrumento para Consulta de Enfermagem na Saúde da Mulher. *New Trends in Qualitative Research*, Portugal, v. 8, p. 804-810, 2021. DOI: 10.36367/ntqr.8.2021.804-810. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/477>. Acesso em: 14 ago. 2021.

CAPÍTULO 2

DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

CRISTIANE LIMA ABRAHÃO

DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCCHE

PRISCILA SCHMIDT LORA

EDLAMAR KÁTIA ADAMY

FRANKLIN DE ALMEIDA CIPOLATO

ROSANE MORTARI CICONET

SANDRA MARIA CEZAR LEAL

1 INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza o trabalho profissional no que se refere ao método, pessoal e instrumentos, possibilitando a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE). Sendo regulamentada pela Resolução nº 358/2009 do COFEN, determina que durante o cuidado profissional de enfermagem, é imprescindível a implantação da SAE e do PE, devendo ser executada em toda instituição de saúde pública e privada. A mesma resolução institui que o PE é composto por cinco etapas (coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação), devendo estar embasado em uma teoria que oriente e permita que tais etapas sejam contempladas (COFEN, 2009). Neste contexto, destaca-se a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Horta (2011), que abrange as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais do ser humano.

Por conseguinte, aliado à necessidade de padronizar a nomenclatura empregada no cenário das práticas assistenciais da enfermagem, surgem movimentos de utilização

da linguagem padronizada da profissão, entre eles as taxonomias Nanda Internacional (NANDA-I), Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) (NANDA INTERNATIONAL, 2018). Nesta proposição, como elemento constituinte do PE, o diagnóstico de enfermagem (DE) baseado na taxonomia NANDA-I, compõe a 2^a etapa do PE, sendo essencial para o levantamento das intervenções de enfermagem (IE) por meio da taxonomia NIC. Também, neste processo de classificação de enfermagem, reconhece-se que além dos diagnósticos e intervenções, faz-se necessário avaliar os resultados dos pacientes, sendo possível sua realização pela taxonomia NOC (PIRES et al., 2020).

A SAE no contexto do ambiente da clínica cirúrgica, como instrumento metodológico para organizar o cuidado ao paciente cirúrgico nas fases operatórias, é denominada Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (Saep), dividida em três períodos: período pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. O período pré-operatório, que foi abordado nesse estudo, compreende 24 horas antes do procedimento anestésico-cirúrgico até o encaminhamento do paciente ao centro cirúrgico (SOBECC, 2017).

Considera-se que a implementação das etapas do PE no período perioperatório é uma ferramenta para promoção da segurança. Segundo Oliveira et al. (2017), com o despertar do pensamento crítico possibilitado pelo trabalho em equipe, as chances de intercorrências são abruptamente reduzidas e o sucesso alcançado beneficia a todos, especialmente ao paciente, que é foco de cuidados de enfermagem.

A percepção de fragilidades na assistência de enfermagem, que transcorrem em todas as fases operatórias, torna possível a reflexão de como o cuidado prestado pode ser incrementado. Esse cuidado inicia na unidade de internação no período pré-operatório, que é a primeira etapa que o paciente percorre no processo cirúrgico.

Diante disso, foi formulado o seguinte questionamento: como o PE aplicado no período pré-operatório pode melhorar a organização do cuidado para uma assistência de enfermagem segura?

Assim, a proposta nesse estudo foi a de, por meio de um processo participativo, desenvolver um instrumento para a implantação do PE no período pré-operatório de pacientes internados na Fundação Hospital Centenário, à luz da Teoria de Wanda Aguiar Horta; identificar e validar os DE e IE mais frequentes do período pré-operatório; identificar potencialidades e obstáculos para a implantação do PE no pré-operatório no cenário da pesquisa e empoderar os enfermeiros para o uso das etapas do PE por meio de ações de educação permanente em

saúde (EPS). Vincula-se este estudo ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), contemplado no Edital Acordo Capes/Cofen nº 27/2016.

2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa-ação, conforme princípios propostos por Thiollent (2011). A pesquisa foi realizada na Fundação Hospital Centenário de São Leopoldo-RS/BR, de dezembro de 2017 a fevereiro de 2019, com 22 enfermeiros dessa instituição, escolhidos aleatoriamente. O critério de inclusão foi o de ser enfermeiro das unidades cirúrgicas ou do centro cirúrgico. Foram excluídos profissionais que estavam em férias, atestado e licença-maternidade no período da coleta de dados. A pesquisa foi realizada em seis fases: exploratória; definição do tema de pesquisa; coleta de dados no sistema de informação; seminários de sensibilização e elaboração do material de educação permanente e material didático (videoaula); validação e divulgação externa e interna. Os instrumentos utilizados para a coleta das informações foram: análise de prontuários, observação participante, questionário individual, formulário para avaliar o índice de validação do conteúdo (IVC) e seminários.

Para a análise de dados foram utilizados os pressupostos de Gil (2017), sendo realizada a organização dos dados oriundos das cinco fases, de forma a subsidiar o pesquisador para a elaboração do instrumento e materiais didáticos. Os dados foram categorizados em tabelas formatadas no editor de texto Word, contendo os seguintes temas: seminários I (SAE e PE; Teoria das NHB; 1^a etapa do PE: coleta de dados); seminários II (Etapas do PE: DE; Planejamento; Intervenções de Enfermagem e Avaliação); seminário III (Avaliação da tecnologia e Resultados).

Na fase 1 (exploratória) foram realizadas observações da realidade sobre uma coleta de dados na admissão do paciente no bloco cirúrgico, atentando às ações de enfermagem realizadas no período pré-operatório. Nessa fase da observação, a pesquisadora identificou lacunas no preparo e orientações que poderiam ser realizadas na assistência de enfermagem pré-operatória ao paciente cirúrgico. Além disso, foi feita uma revisão da literatura sobre os cuidados pré-operatórios e PE.

Na fase 2 (identificação do tema da pesquisa) junto aos gestores do hospital em estudo, coordenação de enfermagem e profissionais de enfermagem: o processo de enfermagem no período pré-operatório, em especial o registro e os diagnósticos de enfermagem. Assim, o tema de pes-

quisa teve como desfecho: o PE no período Pré-operatório.

Dando prosseguimento, na fase 3 (coleta de dados) foi realizada a busca em prontuários de registros, identificando o registro das etapas do PE que estavam sendo realizadas, bem como a identificação do perfil dos pacientes submetidos à cirurgia. Essa coleta nos prontuários consistiu em identificar dados de admissão do paciente no bloco cirúrgico, acerca dos cuidados de enfermagem e preparo do paciente no período pré-operatório. A identificação foi feita a partir do checklist (jejum adequado, acesso venoso, exames pré-operatórios, termo de consentimento, familiar presente, dentre outros) e a realização de orientações das rotinas do Centro Cirúrgico. Essa análise possibilitou elencar os possíveis DE no período pré-operatório e as ações correspondentes para o efetivo PE.

Na fase 4 (seminários) foram realizados dois seminários, a construção de um instrumento para SAE no período pré-operatório e elaboração de material didático sobre SAE e PE. No seminário I foi realizada a sensibilização da temática com os participantes, a fim de aprofundar o entendimento do PE no período pré-operatório e sua implementação na instituição. Também foram elencadas ideias e temas à elaboração de um material didático para ser trabalhado pelos enfermeiros na implementação da SAE e PE. Entre os seminários foram produzidas videoaulas com conteúdos relacionados às Teorias das NHB de Wanda Aguiar Horta, SAE e o desenvolvimento das etapas do PE. No seminário II, a partir de dados oriundos das observações realizadas na fase 1 e do seminário I, foi construído um plano de ação para melhorar a SAE na instituição estudada. A primeira ação foi a construção de um instrumento de sistematização do processo de trabalho do enfermeiro no pré-operatório. A segunda ação foi a solicitação ao serviço de tecnologia e informação da instituição para inserir um campo de registro de enfermagem no prontuário eletrônico.

A fase 5 consistiu na validação do instrumento de sistematização pelos enfermeiros. Para a validação dessa tecnologia foi utilizado o Método *Delphi*, no qual especialistas, denominados juízes, com vasta experiência na área, mediante a aplicação de um questionário, puderam julgar, retirar e acrescentar itens de interesse à adequação do instrumento. Eles também avaliaram sua interface e aplicabilidade no desenvolvimento do PE no período pré-operatório no local de estudo (MASSAROLI et al., 2017). Os critérios de inclusão na seleção dos especialistas foram: ser enfermeiro, estar participando da pesquisa e estar em plena atividade profissional na instituição de estudo. Ficaram excluídos os profissionais que não estavam participando do estudo e aqueles que não se encontravam em atividade profissional (folgas, licenças, afastamentos). Para esse es-

tudo, foi necessária a avaliação de 08 juízes, a partir de um questionário dividido em três etapas: (a) perfil do juiz e análise da tecnologia (acesso, funcionalidade, estruturação, conteúdo e interface); (b) Considerações sobre a aplicação do PE no período pré-operatório e (c) Considerações sobre fatores que impactam para que não ocorra a aplicação do PE no período pré-operatório.

A análise dos dados foi realizada por meio da aplicação da Escala de *Likert*, que é usada para medir concordância de pessoas a determinadas afirmações relacionadas a construtos de interesse (MATAS, 2018). Finalizada essa fase de validação, prosseguiu-se para a última fase da pesquisa, ou seja, a divulgação interna e externa, por meio da realização de seminários regionais, locais e da participação e apresentação dos resultados em eventos nacionais e internacionais.

O projeto obteve a anuência da instituição de estudo e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos – parecer nº 2.824.957. Os aspectos éticos referentes a pesquisas com seres humanos foram respeitados, incluindo a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme as Resoluções nº466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sobre a Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, 2016).

3 RESULTADOS

Na conjugação da primeira coleta de dados realizada na admissão do paciente cirúrgico, a partir da análise do perfil de pacientes atendidos e dos registros de enfermagem no período pré-operatório, emergiram 10 diagnósticos de enfermagem: Dor aguda; Dor crônica; Ansiedade; Conhecimento deficiente; Perfusion tissular periférica ineficaz; Deambulação prejudicada; Risco de infecção no sítio cirúrgico; Risco de recuperação cirúrgica retardada; Risco para glicemia instável e Risco de quedas.

Tais resultados vão ao encontro dos achados em literatura científica, em que são evidenciadas categorias diagnósticas relacionadas às necessidades biopsicossociais como medo, ansiedade e conhecimento deficiente e às necessidades fisiológicas como dor aguda, padrão respiratório ineficaz, intolerância à atividade, integridade tissular prejudicada e risco de infecção (NAKASATO et al., 2015). Todos os dados coletados nos prontuários médicos de pacientes no período foram apresentados à gerência de enfermagem que, por sua vez, solicitou uma intervenção junto ao grupo de enfermeiros, dando início à elaboração dos seminários.

Frente às necessidades de aprendizado identificadas através das atividades desenvolvidas,

também foi realizada a busca de literatura científica em bases de dados, que fundamentaram a construção de materiais de EPS para serem trabalhados nos seminários de pesquisa. Através deste plano de ação com a elaboração dos materiais foi buscada a capacitação dos enfermeiros por meio de conteúdos trabalhados em forma de vídeos, disponibilizados em uma rede de socialização através de um canal no *Youtube*. Foram inseridas cinco videoaulas fundamentadas na Teoria das NHB de Wanda Horta e nas etapas PE. O canal já apresenta mais de 4,7 mil visualizações e foi intitulado: Enfermeira Cristiane Lima Abrahão, sendo acessado através do endereço eletrônico: <https://>

Só tenho a agradecer por sua postura simpática e acolhedora e pelo atendimento que foi infinitamente melhor do que eu esperava. Adorei a forma como você expressa o que vê. É difícil explicar essas coisas, porque é uma experiência totalmente subjetiva, mas me passou acolhimento mesmo, sabe? Certamente vou querer repetir. Muito obrigado mesmo!

As cinco videoaulas postadas foram: Videoaula 1: Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Videoaula 2: Processo de Enfermagem. Videoaula 3: Coleta de Dados. Videoaula 4: Diagnóstico de Enfermagem. Videoaula 5: Planejamento, Implementação e avaliação.

A partir das atividades desenvolvidas, foi possível aperfeiçoar o conhecimento dos enfermeiros acerca da SAE e do PE, bem como elucidar sua importância e benefícios no dia a dia de trabalho. Os produtos que emergiram dos seminários (infográficos e manual, vídeos) auxiliaram a compreensão das etapas do PE no período pré-operatório, adequadas às reais necessidades dos participantes e do local de estudo. Neste contexto, a implantação do PE de enfermagem foi concretizada, pois abriu espaço para a sua disponibilidade no prontuário eletrônico do paciente. Assim, foi proposto pela coordenação de enfermagem que, concomitante à realização dos seminários, o sistema operacional fosse alimentado.

À operacionalização da nova tecnologia, com o objetivo de melhorar a SAE e a implantação do PE, procedeu-se da seguinte forma: a) pela intranet, sistema operacional MV®, o enfermeiro realiza o login com seu usuário e senha; b) acessa o prontuário eletrônico do paciente e seleciona quem realizará a avaliação; c) na aba “histórico de enfermagem” realiza o preenchimento da anamnese e salva o documento; d) na aba ‘exame físico’ realiza o preenchimento do exame físico e salva o documento; e) na aba ‘evolução de enfermagem’, registra a evolução e salva o documento (de acordo com as características selecionadas no histórico de enfermagem e exame físico, o sistema, através da alimentação prévia de perguntas e respostas, associa as respostas selecionadas pelo enfermeiro, resultando em uma listagem do(s) possível(s) DE para o paciente

avaliado); f) o enfermeiro, fazendo uso da avaliação realizada e do raciocínio clínico, seleciona o(s) DE condizentes com a situação e problema do paciente; g) ao selecionar o(s) DE o sistema disponibiliza as IE para tal DE, sendo essas também selecionadas pelo enfermeiro com base nos resultados esperados; h) para finalizar, salva e imprime o documento.

4 DISCUSSÃO

Um prontuário com todas as informações impacta diretamente no cuidado do paciente cirúrgico, uma vez que ao realizar a anamnese do paciente cirúrgico, o enfermeiro avalia o porte da cirurgia, duração do procedimento, tipo de anestesia e estado físico do paciente. Além disso, é possível revisar o histórico do paciente quanto a: alergias; cirurgias prévias; patologias associadas; conferência de exames laboratoriais; eletrocardiograma e imagens necessárias para a realização do procedimento; orientação de jejum; retirada de próteses, adornos e esmaltes; higiene corporal e estimulação do paciente para o autocuidado (ALBINO FILHO; BATISTA; CRUZ, 2020).

Em relação aos prontuários analisados, identificou-se uma carência de registros relacionados à assistência de enfermagem prestada no período pré-operatório. Evidências apontam falhas como: dados de identificação incompletos; elegibilidade; abreviações inexistentes; ausência de data, hora e identificação do profissional executante; cuidado incompleto e incoerente, resultando em documentação deficiente e não cumprimento da SAE. Dentre os fatores que dificultam os registros de enfermagem, estão a sobrecarga de trabalho, a desvalorização do registro como parte do PE, o desconhecimento de sua importância e a ausência de EPS (MACEDO; LOVADINI; SAKAMOTO, 2020).

Acredita-se que a equipe de enfermagem, muitas vezes, acaba priorizando a assistência e deixando de lado as anotações para serem realizadas em outro momento. Porém, estas anotações podem não acontecer em virtude das intercorrências no setor e do ritmo de trabalho acelerado para dar conta das atividades até o momento da troca de plantão. Dessa forma, essa falha dificulta o processo de trabalho por meio da equipe multidisciplinar, interferindo na qualidade da assistência prestada ao paciente (FREITAS et al., 2021).

O enfermeiro, na fase pré-operatória, desempenha importante papel, identificando potenciais problemas, reduzindo riscos intra e pós-operatórios, além de esclarecer dúvidas para que o paciente tenha um bom enfrentamento do procedimento cirúrgico (ALMEIDA et al., 2021). Portanto, ao realizar os registros de forma completa, o cuidado torna-se integral e individual, respeitando a sin-

gularidade do paciente e os avanços na implantação do PE no cuidado pré-operatório, diminuindo riscos, eventos adversos e promovendo a segurança.

Como limitação ao estudo, destaca-se a dificuldade na informatização da tecnologia, devido à pouca disponibilidade da consultora do MV®, que não se encontrava diariamente na instituição. Havia muita demanda de trabalho e uma evidente inexperiência dos técnicos da área de Tecnologia da Informação do hospital, em relação a esse componente do sistema operacional. Todavia, o apoio recebido da coordenação de enfermagem, disponibilizando o consultor e o local para realizar a inserção dos dados, foi fundamental para o alcance dos resultados.

5 CONCLUSÃO

O desenvolvimento do instrumento à sistematização da assistência de enfermagem no período pré-operatório foi de grande importância para os enfermeiros da instituição, visto que foi possível analisar e trabalhar em conjunto as principais dificuldades encontradas para a realização de um processo de enfermagem efetivo e seguro. Os seminários e a vivência da coleta de dados propiciaram o aprofundamento dos profissionais envolvidos na assistência de enfermagem sobre suas vivências, anseios, potencialidades e dificuldades.

Dessa maneira, a reflexão sobre os desafios e potencialidades à implantação do PE, fomentou a produção de conhecimento para a inserção do PE no cotidiano de trabalho. Com a realização de atividades de EPS foi possível entrelaçar ação-aprendizado no decorrer de toda pesquisa, permitindo a capacitação e sensibilização dos profissionais envolvidos no cuidado.

É importante reforçar que a tecnologia implantada foi resultado de uma construção coletiva, sendo importante estratégia para a organização das ações e operacionalização das etapas do PE ao paciente no período pré-operatório. Para a instituição onde foi realizado o estudo, essa tecnologia, se mantida sua utilização no cotidiano assistencial, trará um ganho enorme à enfermagem na organização do trabalho, promovendo a autonomia do enfermeiro e unificação da linguagem da profissão. Esse ganho impactará na qualidade e segurança ao paciente, através de uma assistência sistematizada, individualizada e integral. Além disso, colabora para aprimorar a SAE e o PE no local de estudo, conforme exigido pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) Resolução nº 358/2009.

Espera-se que com este estudo possamos ter contribuído com o aperfeiçoamento das práticas assistenciais de enfermagem e seja replicado em outras instituições de saúde, a fim de que o PE

possa ser utilizado como uma ferramenta norteadora da práxis da enfermagem, tornando-a mais eficiente e segura.

Nesse contexto da atenção hospitalar, utilizar pesquisas com foco participativo pode potencializar a assistência de enfermagem além de fortalecer a autonomia e a busca pelo conhecimento científico, centrado nas respostas do paciente, família e comunidade.

Assim, poderemos possibilitar ao ser humano – o ‘ser paciente’, como define Wanda Horta – um cuidado integral e humanizado, contemplando suas necessidades básicas e evidenciando as ações de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALBINO FILHO, M. A.; BATISTA, R. F; CRUZ, E. A. Percepção dos enfermeiros sobre a visita pré-operatória de enfermagem. *Rev. Eletrônica Acervo Saúde*, v. 42, p. e2842, mar. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2842/1534>. Acesso em: 19 set. 2019.

ALMEIDA, E. A. et al. Importância da visita de enfermagem pré-operatória em pacientes ortopédicos. *Rev. Prospectus*, v. 3, n. 1, p. 224-234, ago. 2021. Disponível em: <https://www.prospectus.fatecitaipira.edu.br/index.php/pst/article/download/68/60>. Acesso em: 20 ago. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde. 7. ed. São Paulo: SOBECC, 2017. Disponível em: <http://www.sobecc.org.br/arquivos/INDICE-DIRETRIZES-DE-PRATICAS.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

BULECHEK, G. M. et al. Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC. 6. ed. São Paulo: Elsevier, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://hovo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 21 jan. 2018.

FREITAS, M. A. S. et al. A importância da sistematização da assistência da enfermagem ao paciente cirúrgico. *Brazilian Journal of Development*, v. 17, n. 7, p. 65654-65668, jul. 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/32300/pdf#>. Acesso em: 20 ago. 2021.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

HORTA, W. A. Processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

HORTA, W. A. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.

MACEDO, L. A., LOVADINI, V. L., SAKAMOTO, S. R. A importâncias das anotações de enfermagem em prontuários hospitalares: percepção da equipe de enfermagem. *Rev. Enfermagem Atual*, v. 92, n. 30, p. 250-257, jun. 2020. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/689/663>. Acesso em: 30 jun. 2020.

MASSAROLI, A. et al. Método delphi como referencial metodológico para pesquisa em enfermagem. *Rev. Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 26, n. 4, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e1110017.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2019.

MATAS, A. Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Rev. Electrónica de Investigación Educativa*, v. 20, n. 1, p. 39-47, 2018. DOI: <https://redie.uabc.mx/redie/article/view/1347>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [periódico na internet]. Brasília (DF), 12 dez. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 28 nov. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510 de 7 abril de 2016.

Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União. Brasília (DF), 07 abr. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 28 nov. 2018.

NAKASATO, G. R. et al. Diagnósticos de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. Rev. Min. Enferm., Belo Horizonte, v. 19, n. 4, p. 980-986, dez. 2015. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622015000400014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2018.

NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

OLIVEIRA, L. R. F. A. et al. Safe surgery used by nurses: homology the World Health Organization. Int. Arch. Med., London, v. 10, mar. 2017. Disponível em: <http://imedicalpublisher.com/ojs/index.php/iam/article/view/2268>. Acesso em: 12 nov. 2018.

PIRES, A. U. B. et al. Resultados da Nursing Outcomes Classification/NOC para pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. Rev. Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. 1, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/GW89DVnxp8Wc4MgbjPRSP8z/?lang=en>. Acesso em: 21 jan. 2018.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CAPÍTULO 3

USO DE FERRAMENTAS DA QUALIDADE NA REDUÇÃO DE INCIDENTES RELACIONADOS À SONDA NASOENTERAL

FERNANDA RAPHAEL ESCOBAR FREGIMENES

LAIS FACIOLI ROSA MORENO DA COSTA

ROSANA APARECIDA PEREIRA

ADRIANE PINTO DE MEDEIROS

MONICA BATISTA MENDES NUNES

1 INTRODUÇÃO

A obstrução é um dos incidentes mais encontrados nos pacientes em uso de sonda nasoenteral. De acordo com Rocha *et al.* (2017), a reconstituição incorreta de medicamentos sólidos, a não realização da lavagem da sonda antes e após a administração de medicamentos e dietas enterais e a não realização da lavagem da sonda entre a administração de um medicamento e outro são fatores que contribuem para este importante incidente de segurança.

A simples implementação de protocolos pode não resolver o problema, visto que outros fatores podem contribuir com as não conformidades nos processos de preparo e administração de medicamentos. Além disso, os profissionais de enfermagem podem não seguir os passos recomendados nos protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão (POP). Logo, compreender os múltiplos fatores que contribuem com a não adesão às boas práticas exige o uso de métodos elaborados para que todas as causas prováveis sejam percebidas. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016).

As ferramentas da qualidade podem ser utilizadas para esse propósito, porque auxiliam as equipes na definição, mensuração, análise e propositura de soluções para os problemas que interferem nos processos em saúde. Destaca-se que não há ferramenta única que garanta a qualidade do cuidado prestado. Por esse motivo, os especialistas chamam a atenção para a importância de conhecer a fundo os processos assistenciais e escolher o caminho que melhor se adapte à realidade da instituição (ALVES, 2012). Por conseguinte, no estudo apresentado a seguir, foram selecionadas ferramentas da qualidade que agregam valor ao desempenho da gestão dos serviços de saúde frente aos incidentes relacionados à sonda nasoenteral.

2 PROBLEMA DE PESQUISA

Durante as práticas profissionais, foi observado em um hospital privado do interior do estado de São Paulo, que os medicamentos orais sólidos (comprimidos e cápsulas) eram triturados simultaneamente com o auxílio de gral e pistilo de alumínio. Além disso, os medicamentos eram preparados e administrados pela equipe de enfermagem de maneira incorreta, sendo que a higienização das mãos e o teste de posicionamento das sondas nasoenterais foram as principais não conformidades detectadas nos processos de preparo e administração de medicamentos por essa via. Tais não conformidades podem impactar os resultados dos pacientes e a qualidade da assistência prestada. Por conseguinte, o objetivo através do estudo foi o de reduzir as não conformidades nos processos de preparo e administração de medicamentos via sonda nasoenteral, com o auxílio de ferramentas da qualidade.

3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

Considerando que a profunda compreensão dos processos envolvidos na assistência, a importância de envolver todas as partes interessadas e que a capacidade de medir resultados desejáveis são estratégias importantes para o gerenciamento dos riscos relacionados ao cuidado em saúde, o *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* difundiu o modelo de melhoria contínua da qualidade com a finalidade de testar mudanças em processos e sistemas complexos e determinar se as mudanças resultaram em melhoria (IHI, 2019). O modelo foi elaborado pela *Associates in Process Improvement* (2021) e, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2014), trata-se de um método científico utilizado para o aprendizado ação-orientado que propicia um estudo minucioso das mudanças implantadas em um serviço de saúde. Logo, o modelo é baseado na tentativa e no aprendizado.

O modelo de melhoria contínua da qualidade, difundido pelo IHI, é baseado em três perguntas fundamentais que são combinadas com o ciclo *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) (figura 1), quais sejam:

O que estamos tentando realizar?

Como saber se a mudança resultou em melhoria?

Quais mudanças podem resultar em melhoria?

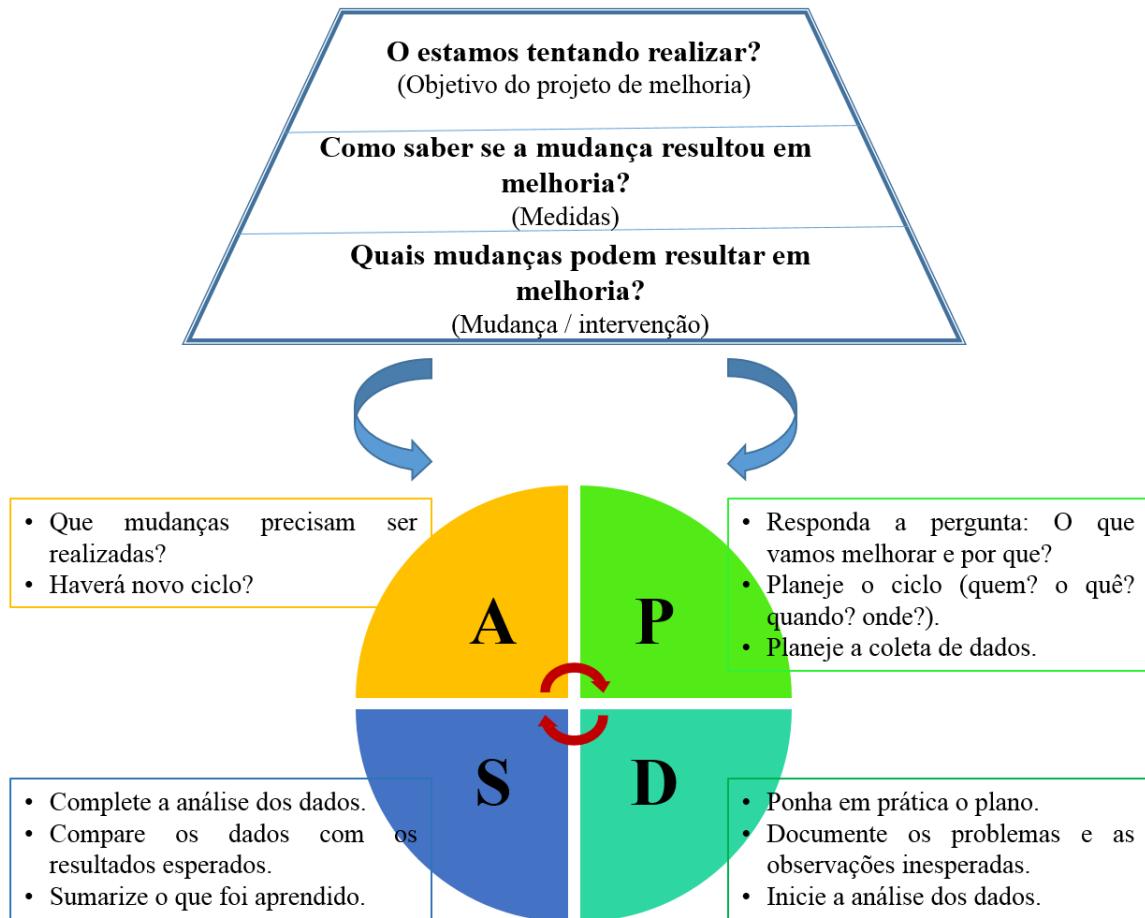


Figura 1 – Modelo de melhoria contínua da qualidade difundido pelo IHI

Fonte: Adaptado de *Associates in Process Improvement* (2021).

Qualquer esforço de melhoria de um processo deve resultar em uma resposta a cada uma dessas perguntas. Ademais, a equipe deve planejar a mudança, encontrar uma forma de testá-la em pequena escala para minimizar riscos, evitar distrações, permitir realizar alterações no início do processo e observar como o sistema reage à mudança a longo prazo (ANGLEY et al., 2011). Escala e escopo são termos utilizados para descrever quão grande e extenso será cada teste. A escala refere-se ao período de tempo ou ao número de eventos incluídos em cada ciclo, e o escopo está relacionado à variedade de condições sob as quais são submetidos os testes de mudança. A regra

das cinco vezes é um guia que amplia o número de eventos multiplicando por cinco. Recomenda-se iniciar o ciclo com um profissional, paciente ou enfermaria, por exemplo, e após multiplicar cada ciclo por cinco (ANGLEY et al., 2011).

Destaca-se que se os resultados não forem medidos, não será possível afirmar que a mudança resultou em melhoria da qualidade (WHO, 2011). Por esse motivo, medidas são utilizadas para monitorar os testes de mudanças. Três índices de medidas são utilizados para direcionar a aprendizagem participativa e orientada para a ação (ANGLEY et al., 2011):

Medida de resultado: está diretamente relacionada ao objetivo do projeto e oferece evidência de que as mudanças estão resultando em melhoria;

Medida de processo: determina se uma ação está sendo realizada conforme planejado. Langley et al. (2011) recomendaram uma lista de até seis medidas gerenciáveis;

Medida de equilíbrio: ao realizar a mudança, os pesquisadores devem se certificar de que prejuízos não estão sendo causados aos processos, ou seja, que novos problemas estão surgindo devido à mudança. Isto significa que a equipe deve ter certeza de que todas as medidas se mantiveram inalteradas ou que melhoraram.

Outras ferramentas da qualidade devem ser utilizadas pelas equipes para identificar as causas dos problemas e determinar o foco dos esforços de melhoria. A Análise de Causa Raiz (ACR), por exemplo, auxilia os membros da equipe de qualidade na investigação formal dos incidentes relacionados à segurança do paciente e foi desenvolvida para identificar a causa principal do problema (TAMUZ; HARRISON, 2006). É empregada após a ocorrência de um incidente que resultou em dano ao paciente (também denominado evento adverso) ou de uma situação de quase erro (em inglês, *Near Miss*). A ACR envolve abordagem ampla para a prevenção de erros futuros e, por esse motivo, tal ferramenta não tem a finalidade de apontar culpados, mas de sinalizar as áreas que necessitam de melhoria.

O desenho dos fatores causais é outra ferramenta da qualidade importante e consiste em um fluxograma com a apresentação do incidente do começo ao fim. Foi desenvolvida por Ludwing Benner e seus colegas em US National Transportation Safety Board para uso em investigação de acidentes. O desenho dos fatores causais é amplamente utilizado em instituições de saúde de todo o mundo, porque auxilia os gestores e demais integrantes da equipe de melhoria na descrição cronológica do incidente e das condições envolvidas (HEUVEL et al., 2005).

O diagrama de Ishikawa (ou espinha de peixe) é uma ferramenta que foi proposta pelo japonês Kaouru Ishikawa da Universidade de Tóquio. Ela consiste em uma representação gráfica que tem

por objetivos identificar as causas raízes de um incidente e ilustrar a relação entre essas causas, segundo o grau de importância. Para identificar as causas raízes, a equipe de melhoria busca responder à pergunta: “Por que o incidente ocorreu?”, apontando as diversas causas (TAYLOR-ADAMS, 2004).

O diagrama de Pareto também é uma ferramenta da qualidade e consiste em um gráfico de barras, no qual os vários fatores que contribuem para o incidente são organizados de acordo com a magnitude de seu efeito, ou seja, do maior para o menor. O diagrama de Pareto permite identificar os fatores que merecem mais atenção da equipe e que devem ser o foco das estratégias de melhoria. Logo, tal ferramenta auxilia as equipes a concentrarem esforços nos fatores que têm maior impacto no processo e ou no resultado do paciente, além de auxiliar as equipes na comunicação da justificativa do foco em determinadas áreas (IHI, 2017).

4 OBJETIVO

Diante do exposto, um estudo foi proposto com o objetivo de reduzir a frequência de não conformidades no preparo e na administração de medicamentos via sonda nasoenteral, após a implantação de um programa de melhoria da qualidade.

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de intervenção voltado à comparação de medidas antes (Fase I) e depois (Fase II) da implantação de um programa de melhoria contínua da qualidade. Foram utilizadas neste estudo, as diretrizes SQUIRE (em inglês, *Standards for Quality Improvement Reporting Excellence*), as quais fornecem uma estrutura para relatar estudos formais e planejados, projetados para avaliar a natureza e a eficácia das intervenções voltadas à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados nos serviços de saúde (OGRINC et al., 2016).

5.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado na enfermaria de clínica médica de um hospital privado de médio porte do interior do estado de São Paulo, constituído por 90 leitos.

5.3 DEFINIÇÕES

Neste estudo, **incidente** foi definido como um evento que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente (WHO, 2011) como consequência das não conformidades no preparo e na administração de medicamentos via sonda nasoenteral.

Não conformidade no preparo de medicamento via sonda nasoenteral foi definido como um medicamento que foi preparado incorretamente, antes da administração: reconstituição incorreta (triturar medicamentos que possuem revestimento entérico ou de ação modificada e prolongada); diluição incorreta (utilizado diluente ou volume errado) e medicamentos com incompatibilidade físico-química triturados no mesmo recipiente (TISSOT et al., 1999).

Não conformidade na administração de medicamento via sonda nasoenteral foi definida como um procedimento inadequado ou técnica incorreta na administração do medicamento. Foram consideradas as seguintes: administração de mais de um medicamento ao mesmo tempo; não lavar a sonda antes e após a administração do medicamento; não lavar a sonda entre um medicamento e outro; não realizar o teste de posicionamento da sonda nasoenteral antes de administrar o medicamento (GRISSINGER, 2013; TISSOT et al., 1999).

Mudança foi definida como “toda ideia geral com mérito provado e uma base científica ou lógica sólida que pode estimular ideias específicas para mudanças que levam à melhoria” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016).

5.4 AMOSTRA

A amostra envolveu a observação de 158 doses preparadas e administradas via sonda nasoenteral, sendo 92 da Fase I (Linha de Base) e 66 doses da Fase II (testes de mudança).

5.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Um formulário eletrônico foi desenvolvido pela pesquisadora na plataforma on-line Survey Monkey® e avaliado quanto à face e conteúdo por um painel constituído por cinco especialistas, dentre eles: enfermeiros, farmacêuticos e nutricionistas (Disponível em: https://pt.surveymonkey.com/r/Preview/?sm=n8QXnvG0RMa_2BybZod4PuniA2RF1OBcUNZhY3h5VJz2XFUex4KdIxGUN-RwWxK1PZi). Também foi elaborado um guia prático, contendo o passo a passo das técnicas relacionadas ao preparo e à administração de medicamentos via sonda nasoenteral com a finalidade de padronizar as observações dos profissionais de enfermagem responsáveis pela administração de medicamentos. O estudo foi dividido em duas fases.

Fase I

Linha de base

Foi realizada observação direta da equipe de enfermagem durante o preparo e a administração de medicamentos via sonda nasoenteral, entre os meses de março a abril de 2019.

Análise de Causa Raiz

- Quinze não conformidades foram identificadas na Fase I (linha de base) e apresentadas à equipe multiprofissional do hospital participante do estudo, quais sejam:
- Não higienizou as mãos antes do preparo do medicamento (71; 77,2%);
- Não desinfetou gral e pistilo com água e sabão ou álcool 70% antes do preparo do medicamento (69; 75%);
- Não preparou corretamente o medicamento sólido (64; 69,5%);
- Misturou mais de um medicamento no mesmo recipiente (46; 50%);
- Não reconstituiu corretamente o medicamento sólido (69; 75%);
- Não higienizou as mãos após o preparo do medicamento (83; 90,2%);
- Não testou o posicionamento da sonda antes da administração do medicamento (87; 94,6%);
- Não lavou a sonda com pelo menos 15 ml de água filtrada ou estéril antes da administração do medicamento (86; 93,5%);
- Não administrou os medicamentos separadamente (46; 50%);
- Não lavou a sonda com pelo menos 10 ml de água filtrada ou estéril entre um medicamento e outro (61; 66,3%);
- Não lavou a sonda com pelo menos 15-30 ml de água filtrada ou estéril após o término da medicação (4; 4,3%);
- Não higienizou as mãos após a administração do medicamento (70; 76,1%).

Dentre as citadas acima, uma foi selecionada pela equipe de melhoria para a ACR: Preparo incorreto de medicamentos sólidos. Para a ACR, foi apresentada a descrição de um evento relacionado à essa não conformidade e o desenho dos fatores causais.

Em seguida, a equipe de melhoria foi convidada a categorizar as causas do evento conforme as

categorias do Protocolo de Londres, cujo objetivo é a identificação das causas de um incidente de segurança (TAYLOR-ADAMS, 2004), quais sejam: paciente, tarefa, indivíduo, equipe, ambiente de trabalho e gestão organizacional. Após a categorização das causas pelos integrantes da equipe, a pesquisadora analisou e compilou os resultados no diagrama de Ishikawa ou espinha-de-peixe.

Teste de Mudança

Foram realizados ciclos PDSA com a finalidade de reduzir as não conformidades no preparo e na administração de medicamentos via sonda nasoenteral, no período de agosto a novembro de 2019. Foram testadas as seguintes mudanças: Implantação do guia de boas práticas no preparo e na administração de medicamentos via sonda nasoenteral; disponibilização, no posto de Enfermagem, do passo a passo das técnicas de preparo e administração de medicamentos via sonda nasoenteral; disponibilização de lista, contendo relação de medicamentos que não podem ser triturados; treinamento da equipe de enfermagem responsável pela medicação; substituição do gral e pistilo de alumínio por porcelana, padronização do uso de seringa 20 mililitros (ml) em embalagem estéril e individualizada.

Fase II

Ciclos PDSA

Foram realizadas sete reuniões com a equipe de melhoria no período de maio a novembro de 2019, a fim de discutir quais mudanças poderiam ser testadas para reduzir as não conformidades relacionadas ao preparo e à administração de medicamentos sólidos em pacientes com sonda nasoenteral. A equipe definiu a seguinte meta para o projeto de melhoria: Reduzir em 50% as não conformidades identificadas no preparo e na administração de medicamentos sólidos via sonda nasoenteral em pacientes adultos atendidos na clínica médica.

As mudanças foram implementadas gradualmente pela equipe durante um período de quatro meses (após quatro meses da Linha de Base).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CAAE: 91976318.6.0000.5393). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram informados que os resultados da pesquisa serão destinados à publicação, sendo garantido o sigilo e anonimato.

6 RESULTADOS

Os resultados da Fase 1 (Linha de Base) foram apresentados à equipe multidisciplinar; neste momento foi utilizada a ferramenta da ACR para explorar as causas das não conformidades observadas em ambos os processos. Para isso, foi apresentada à equipe de melhoria, a descrição de um incidente, conforme a seguir:

No dia 18/03/2019, paciente G.C.D., 81 anos, foi internada com diagnóstico médico de Demência, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Doença de Chagas, Arritmia e Osteoporose. Paciente acamada e em uso de sonda nasoenteral para alimentação e terapia medicamentosa. A sonda apresentava-se em posição gástrica, segundo o laudo do último raio-x. Foram prescritos diversos medicamentos via sonda nasoenteral. Às 10h, conforme prescrição médica, foi realizado o preparo e a administração dos seguintes medicamentos: 2 comprimidos de Rivaroxabana 10mg VOE (Via Oral Enteral, sigla utilizada na prescrição médica eletrônica da Instituição), 1 comprimido de Furosemida 40mg VOE, 1 comprimido de Espironolactona 25mg VOE, 1/2 comprimido de Losartana Potássica 50mg VOE e 1 comprimido de Bisoprolol Fumarato 2,5mg VOE. O profissional de enfermagem consultou a prescrição médica para o preparo dos medicamentos. Durante o preparo dos comprimidos, não foi realizada a higienização das mãos e a desinfecção com álcool 70% do gral, pistilo, bancada e bandeja. Os comprimidos foram triturados no mesmo gral, contudo não até pó fino e homogêneo. Por este motivo, o profissional descartou os resíduos dos comprimidos. Os comprimidos foram reconstituídos em 10 ml de água filtrada e, neste momento, foi possível visualizar os fragmentos dos medicamentos. Utilizou seringa dosadora para aspirar o medicamento do gral, porém a seringa padronizada não apresentava embalagem individualizada, não garantindo que o produto estivesse estéril. A seringa contendo o medicamento reconstituído não foi identificada corretamente (nome do paciente, número do quarto e do leito, nome do medicamento, horário,

dosagem e via de administração). No momento da administração, a dieta enteral foi pausada, mas o profissional não realizou o teste de posicionamento da sonda e sua extensão não foi lavada com água filtrada. Todos os medicamentos foram administrados juntos e, ao término da medicação, a sonda foi lavada com 20 ml de água filtrada. O fluxo da dieta foi restabelecido após a administração dos medicamentos via sonda nasoenteral. O profissional não realizou a higienização das mãos após o procedimento. Conclusão: Preparo e administração incorreta de medicamento sólido via sonda nasoenteral.

Após a identificação dos fatores causais do incidente analisado e da construção do diagrama de Ishikawa (Figura 2), o diagrama de Pareto foi elaborado com a finalidade de demonstrar os fatores que mereciam mais atenção da equipe e que exerciam mais influência nas não conformidades observadas nos processos de preparo e administração de medicamentos sólidos via sonda nasoenteral (Figura 3).

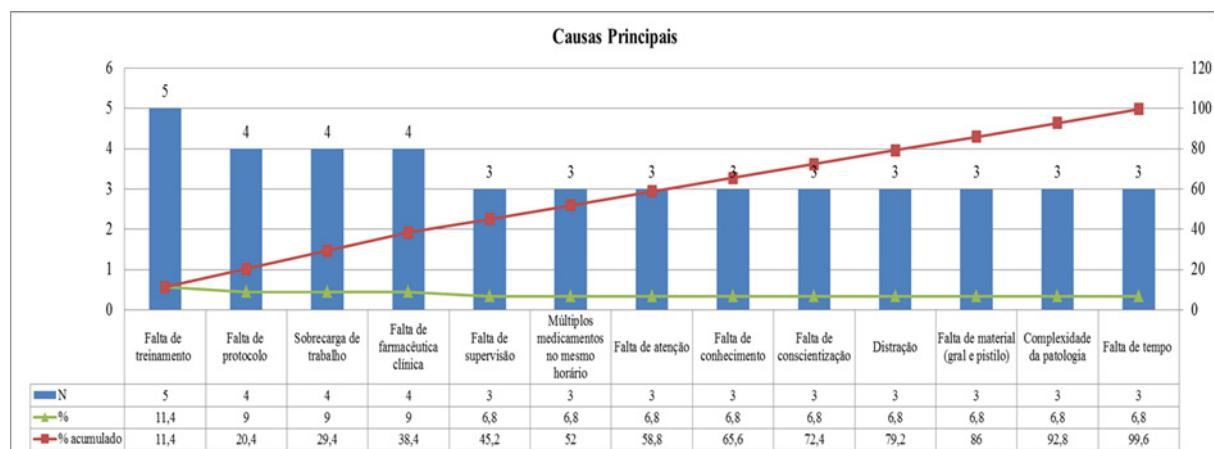


Figura 2 – Diagrama de Ishikawa ou espinha-de-peixe do incidente. Franca, 2019

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

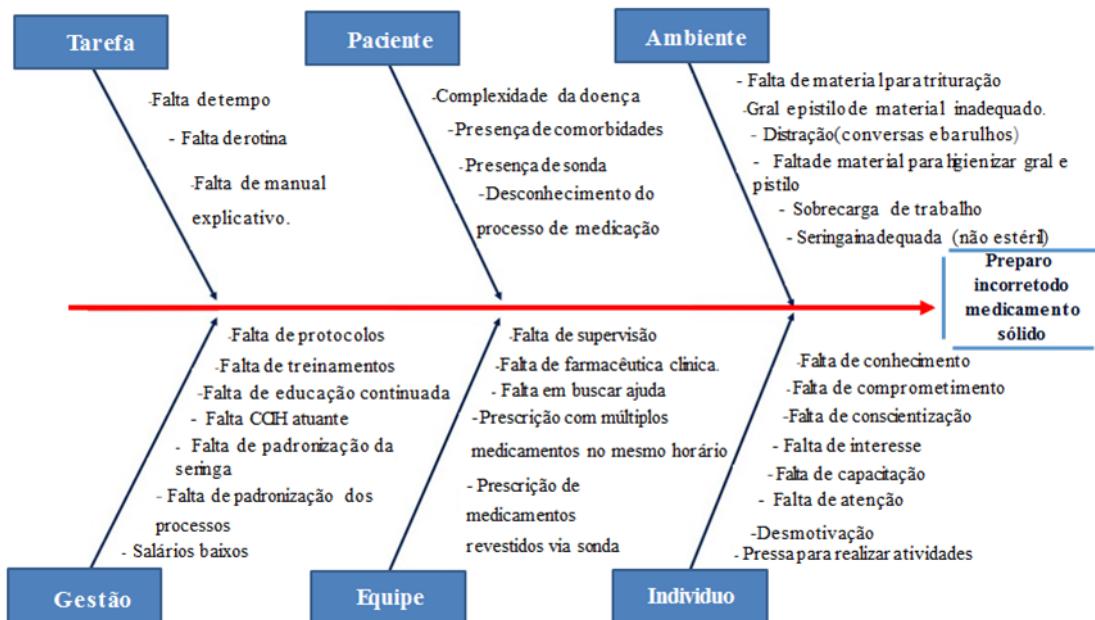


Figura 3 – Diagrama de Pareto das principais causas de não conformidades observadas no preparo e na administração de medicamento sólido. Franca, 2019

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Com base nos resultados apresentados no diagrama de Pareto, a equipe de ACR propôs as seguintes recomendações para evitar a ocorrência das não conformidades, conforme apresentadas no Quadro 1.

Categorias dos fatores causais	Recomendações
Paciente	Orientar pacientes e familiares quanto ao correto preparo e administração de medicamentos via sonda nasoenteral e envolver pacientes e familiares nos cuidados à saúde.
Tarefa	Elaborar guias de boas práticas no preparo e na administração de medicamentos via sonda nasoenteral para a equipe de enfermagem.
Indivíduo	Realizar orientações e treinamentos contínuos à equipe de enfermagem.

Categorias dos fatores causais	Recomendações
Equipe	Conferir as prescrições médicas pela farmacêutica clínica; revisar os horários dos medicamentos, evitando vários medicamentos aprazados para o mesmo horário; verificar a prescrição médica quanto à presença de medicamentos que não podem ser triturados e substituí-los por outras alternativas terapêuticas; orientar os enfermeiros quanto à necessidade de sua supervisão e participação no preparo de medicamentos sólidos.
Ambiente de trabalho	Providenciar compra de material adequado (gral e pistilo) e em quantidade suficiente; orientar a equipe de enfermagem quanto à importância da desinfecção do gral e pistilo antes e após o preparo de medicamentos; elaborar material explicativo e disponibilizar nos postos de enfermagem material para desinfecção do gral e pistilo antes e após o preparo de medicamentos; conscientizar a equipe quanto à necessidade de evitar barulhos e interrupções durante o preparo e a administração de medicamentos (exceto em casos de urgência ou emergência).
Gestão Organizacional	Elaborar guias e treinamentos sobre o preparo e a administração de medicamentos via sonda nasoenteral e implantar protocolos; envolver a equipe de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) nas atividades relacionadas à segurança do paciente e nas ações voltadas para a higienização das mãos; padronizar seringa adequada para medicamentos orais (que garanta embalagem individual e esterilizada) e considerar melhor remuneração aos auxiliares e técnicos de enfermagem.

Quadro 1 – Recomendações realizadas pela equipe de Análise de Causa Raiz para redução de não conformidades no preparo e na administração de medicamentos sólidos via sonda nasoenteral. Franca, 2019

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

A partir da identificação de não conformidades no preparo e na administração de medicamentos via sonda nasoenteral da ACR e da identificação de potenciais soluções, foram realizados quatro ciclos PDSA com a finalidade de testar as mudanças e melhorar os processos, conforme Quadro 2.

Procedimentos	Fase I	Fase II			
	Linha de base (N=92)	1º Ciclo PDSA (N=14)	2º Ciclo PDSA (N=14)	3º Ciclo PDSA (N=18)	4º Ciclo PDSA (N=20)
	%	%	%	%	%
Não higienizou as mãos antes do preparo	77,2	7,1	0	22,2	5
Não desinfetou o gral e pistilo com água e sabão ou álcool 70% antes do preparo	75	14,3	0	33,3	15
Misturou mais de um medicamento no mesmo recipiente	50	0	0	0	0
Não preparou medicamento sólido corretamente	69,6	0	0	0	0
Não reconstituiu corretamente o medicamento sólido	75	0	0	0	0
Não higienizou as mãos após o preparo do medicamento	90,2	28,6	0	38,9	65
Não testou o posicionamento da sonda antes da administração do medicamento	94,6	0	0	22,2	10
Não lavou a sonda com pelo menos 15 ml de água filtrada ou estéril antes da administração do medicamento	93,5	0	0	38,9	15
Não administrou os medicamentos separadamente	50	0	0	0	0
Não lavou a sonda com pelo menos 10 ml de água filtrada ou estéril entre um medicamento e outro	66,3	0	0	0	0
Não lavou a sonda com pelo menos 15 – 30 ml de água filtrada ou estéril após o término da medicação	4,3	0	0	22,2	20
Não higienizou as mãos após a administração do medicamento	76,1	7,1	0	83,3	30

Tabela 1 – Frequência de não conformidades no preparo e na administração de medicamentos

sólidos via sonda nasoenteral identificadas nas Fases I e II. Franca, 2019

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Os profissionais de enfermagem realizaram todos os procedimentos de preparo e administração de medicamentos de maneira adequada somente no 2º Ciclo PDSA. Entretanto, das 12 medidas de processo monitoradas ao longo do tempo, observou-se melhora em nove, exceto: não higienizou as mãos após o preparo do medicamento (de 90,2% para 65%); não higienizou as mãos após a administração do medicamento (de 76,1% para 30) e não lavou a sonda com 15 ml a 30 ml de água estéril ou filtrada após o término da medicação (de 4,3% para 20%). Apesar de ter sido observada piora nessas medidas, a meta estabelecida pela equipe de melhoria da qualidade foi atingida na maioria das variáveis monitoradas ao longo do tempo. Ainda, a mudança foi considerada sustentável na medida que se manteve ao longo do tempo.

6.1 DESCRIÇÃO DO PRODUTO

Tem-se como produtos técnicos do estudo, o desenvolvimento e a implantação de guia de boas práticas voltadas para os processos de preparo e administração de medicamentos via sonda nasoenteral, treinamento da equipe de enfermagem responsável pela medicação, substituição do gral e pistilo de alumínio por porcelana e padronização de seringa 20 ml em embalagem individual e estéril.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de ferramentas da qualidade, como a ACR, diagrama de Ishikawa e diagrama de Pareto, permitiu identificar as prováveis causas e os fatores que mereciam mais atenção da equipe, os quais deveriam ser o foco das ações de melhoria. Foi possível identificar as principais não conformidades no preparo e na administração dos medicamentos via sonda nasoenteral, as quais nortearam o estabelecimento da meta de melhoria.

Durante os quatro ciclos PDSA foi observado que os profissionais de enfermagem realizaram corretamente todos os procedimentos de preparo e administração de medicamentos sólidos via sonda nasoenteral. Entretanto, nem toda mudança foi sustentável, visto que foi verificada piora de duas medidas de processo da linha de base para o 4º ciclo.

Os resultados apresentados demonstram que os ciclos PDSA e as ferramentas da qualidade podem ser úteis para melhorar processos assistenciais e resultados dos pacientes em locais com recursos limitados e sem grandes custos.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. L. S. Gestão da Qualidade: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde. São Paulo: Martinari, 2012.

ASSOCIATES IN PROCESS IMPROVEMENT (API). Model for improvement. Associates in Process Improvement, 2021. Disponível em: <http://www.apiweb.org/index.php>. Acesso em: 26 fev. 2021.

BRASIL. Maternal and newborn care services: safety and quality. Brasília: Anvisa, 2014. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Servi%C3%A7os%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Materna%20e%20Neonatal%20%20Seguran%C3%A7a%20Qualidade.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2019.

GRISSINGER, M. Preventing errors when drugs are given via enteral feeding tubes. Pharmacy and Therapeutics, v. 38, n. 10, p. 575-6, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3875244/>. Acesso em: 19 dez. 2019.

HEUVEL, L. N. V. et al. Root cause analysis handbook: a guide to effective incident investigation. Houston: rothstein associates inc., 2005.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). How to improve. Boston, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2019. Disponível em: <http://www.ihi.org/resources/pages/how-toimprove/default.aspx>. Acesso em: 26 fev. 2021.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). QI essentials toolkit: pareto chart. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, 2017.

ANGLEY, G. J. et al. Modelo de melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho organizacional. São Paulo: Mercado de Letras, 2011.

OGRINC, G. et al. Standards for quality improvement reporting excellence 2.0: revised publication guidelines from a detailed consensus process. Journal of Surgical Research, New York, v. 200, n. 2, p. 676-682, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26515734>. Acesso em: 20 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: edição multiprofissional. Rio de Janeiro: Autografia, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44641/32/9788555268502-por.pdf>. Acesso em: 25 set. 2017.

ROCHA, A. J. S. C. et al. Causas de nutrição enteral em unidades de terapia intensiva. Revista de Pesquisa de Saúde, v. 18, n. 1, p. 49-53, 2017. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/7880>. Acesso em: 5 ago. 2019.

TAMUZ, M.; HARRISON, M. I. Improving patient safety in hospitals: contributions of high-reliability theory and normal accident theory. n. 0017-9124, 2006. (Print).

TAYLOR-ADAMS; C. V. Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. 2004.

TISSOT, E. et al. Medication errors at the administration stage in an intensive care unit. Intens. Care Med., v. 25, n. 4, p. 353-359, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Geneva: World Health Organization, 2011. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf?sequence=1&isallowed=y. Acesso em: 19 dez. 2019

CAPÍTULO 4

PESQUISA-AÇÃO: POTENTE INSTRUMENTO GERENCIAL PARA O TRABALHO DA SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM EM TEMPOS DE MUDANÇAS

MARIA SILVIA TEIXEIRA

GIACOMASSO VERGILIO

MARINA AKEMI SHINYA FUZITA

MICHEL JEAN MARIE THIOLLENT

ELIETE MARIA SILVA

A experiência de realizar Pesquisa-Ação em um hospital universitário, no qual os profissionais estão acostumados a desenvolver projetos de pesquisa com métodos fechados e prontos, foi muito desafiadora e estressante pelos constantes momentos de avanços e retomadas do projeto inicial, seguindo os passos de uma metodologia que propõe construção conjunta entre os pesquisadores e o grupo participante. Entretanto, foi muito prazeroso para os profissionais e pesquisadores, envolvidos na pesquisa, adquirir novos conhecimentos e vivenciar a transformação do objeto de estudo com possibilidades reais de mudanças da realidade.

A nossa pesquisa teve como objeto de estudo a supervisão de enfermagem por acreditar que na hierarquia institucional ela ocupa uma posição intermediária, o que permite ao supervisor ter uma interlocução e articulação entre os profissionais do grau estratégico, os planejadores do trabalho e profissionais do nível operacional, aqueles que realizam o que foi planejado. Desta forma, a supervisão de enfermagem é um potente instrumento gerencial que pode fazer diferença na liderança da organização e na tomada de decisões,

resultando em uma assistência qualificada, segura e adequada às necessidades dos usuários e familiares (SANTIAGO, CUNHA, 2011; SILVA, 2014).

No entanto, para que o trabalho da supervisão em enfermagem tenha uma efetiva contribuição para a gestão em saúde, faz-se necessário que os supervisores tenham clareza da finalidade da sua atuação e organizem seu processo de trabalho de forma sistematizada.

Neste sentido a supervisão, enquanto função gerencial, tem raiz no século XIX com a organização da enfermagem moderna e, desde então observa-se três aspectos como finalidade na atuação dos supervisores (SILVA, 2014). A primeira finalidade, tendo uma atuação com características fiscalizadoras e controladoras do trabalho determinadas pelo modelo de gestão racional da administração científica; a segunda finalidade se caracteriza pelos aspectos educativos, nos quais caracterizar-se como um ambiente dinâmico, em que pesquisas são realizadas regularmente, favorecendo as adaptações rápidas às novas condições. O supervisor tem a responsabilidade pelo acompanhamento da equipe de enfermagem com orientações, treinamentos e avaliação do desempenho e a terceira finalidade com aspectos de caráter político de intermediação e interlocução pelas necessárias negociações entre os níveis estratégico e operacional para garantir os recursos adequados à assistência (SILVA, 2014; VERGILIO, 2015).

Na concepção marxista, o trabalho é um processo de transformação que requer instrumentos (materiais, técnicas, conhecimentos), organização, divisão de tarefas, pessoas com habilidades para fazer o produto e serviço desejado (MARX, 2011). Por sua vez, o processo de trabalho é um conjunto de atividades organizadas e coordenadas por etapas e passos coerentes com preceitos científicos e técnicos. Um processo se inicia com a organização de materiais, insumos e estrutura (entrada/input); desenvolve-se por meio de ações que transformarão insumos em um produto ou um serviço, como na atenção à saúde, por meio de um trabalho vivo realizado em ato. O processo de trabalho é concluído (output) com os resultados e avaliações finais (MERHY, 2014).

A partir da compreensão de que é no processo de trabalho que estabelecemos reais mudanças, investimos esforços em um estudo com objetivo de desenvolver um método para auxiliar o fazer da supervisão em enfermagem de forma sistematizada. Para tanto, precisávamos compreender o cotidiano da supervisão em enfermagem para fazer propostas de mudanças. Mas, como propor ao serviço de enfermagem mudanças na sua rotina estabelecida por muitos anos?

A resposta veio identificada com a estrutura e fundamentos de um tipo de pesquisa social, a Pesquisa-Ação. Este tipo de pesquisa se caracteriza pelo relacionamento de dois objetivos: um prático voltado à construção de ações para resolver um problema da instituição e outro para contribuir com o conhecimento científico (CORRÊA; CAMPOS; ALMAGRO, 2018).

A partir de Michel Thiolent (2018) como referência central deste estudo, reconhece-se a Pesquisa-Ação como uma modalidade de estudo que proporciona aos profissionais da instituição participante e pesquisadores uma troca constante de informações, conhecimentos e meios à compreensão, a fundo, das questões que envolvem o problema de pesquisa a fim de propor soluções factíveis de mudanças.

A Pesquisa-Ação deve ser cuidadosamente planejada em etapas com a participação das pessoas implicadas no processo investigativo, ou seja, pesquisadores, profissionais da instituição e especialistas do tema investigado (CORRÊA; CAMPOS; ALMAGRO, 2018; THIOLLENT, 2009).

O propósito participativo confere à pesquisa-ação um caráter intervencionista e, ao mesmo tempo um caráter educativo pela junção das experiências advindas da prática local com o conhecimento dos métodos científicos dos pesquisadores, os quais construirão estratégias transformadoras que impulsionam novos conhecimentos (DUQUE-ARRAZOLA; THIOLLENT, 2014).

O estudo de Rocha *et al.* (2017) apontam evidências positivas sobre os efeitos da Pesquisa-Ação no desenvolvimento da liderança de enfermagem. Destacam que este método trabalha a dimensão do autoconhecimento, melhorando a autonomia e o empoderamento dos profissionais na sua prática e, consequentemente, o seu desempenho.

No momento atual em que vivemos a pandemia da covid-19, a qual agravou a crise sanitária já existente, tendo problema de acesso e falta de leitos para internações hospitalares, o trabalho da equipe de enfermagem se intensifica não somente para o atendimento assistencial, mas às adequações de fluxos e processos de trabalho para estruturar o funcionamento dos serviços da rede de atenção à saúde. Esse trabalho acontece, desde a vacinação na atenção primária, atendimentos e exames no patamar secundário até as internações em enfermarias e unidades de terapia intensiva do nível terciário. Neste sentido, o trabalho da supervisão de enfermagem se faz presente no enfrentamento das ondas da pandemia da covid-19, que tem se revelado uma situação complexa e imprevisível com graves consequências à qualidade de vida e saúde da população, bem como aos trabalhadores da saúde (TEODÓSIO; LEANDRO, 2020).

Nessa perspectiva, acreditamos no potencial da supervisão de enfermagem como liderança, pois atua no espaço intercessor gerencial, posição facilitadora à integração das equipes multiprofissionais e dos processos de trabalho, atuando na direção de construir novas possibilidades para o enfrentamento da pandemia, estando à frente do gerenciamento do cuidado e reestruturação das unidades.

Neste capítulo temos o objetivo de propor a Pesquisa-Ação como potente instrumento geren-

cial na efetivação das mudanças necessárias advindas de contextos adversos, fundamentada nos resultados de um estudo realizado sobre supervisão de enfermagem hospitalar, utilizando esta metodologia.

1 CONHECER O CENÁRIO DA PESQUISA PARA A ESCOLHA DO MÉTODO PESQUISA-AÇÃO

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital geral público, universitário, atualmente com 405 leitos ativos para o atendimento terciário e de alta complexidade, exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) do interior do Estado de São Paulo. É referência macrorregional para 86 municípios, com cerca de 6,5 milhões de habitantes. Anualmente, são realizados cerca de 2,5 milhões de exames laboratoriais e 150 mil exames diagnósticos de imagens, 15 mil internações eletivas, 1 milhão de consultas e procedimentos ambulatoriais (HC, 2020).

O serviço de enfermagem ocupa a posição de departamento, sendo denominado de Departamento de Enfermagem (DEnf). Na época da pesquisa (2016) contava com um quadro de pessoal de 1.530 profissionais entre enfermeiros (08 cargos de direção, 27 supervisores e 346 assistenciais), 1.083 profissionais de grau médio e administrativos (HC, 2020).

A inauguração do hospital aconteceu em 1985, iniciando com um modelo de gestão tradicional fundamentado nos preceitos das teorias administrativas científicas, clássicas e burocráticas. Com o passar dos anos vem buscando inovações gerenciais para responder às novas demandas e complexidade dos casos atendidos; dificuldades financeiras; evolução tecnológica e mudanças no perfil da população (MASSUDA, 2010).

Em meados de 2003, motivados pelo referencial da “Qualidade Total”, criaram comitês da qualidade, reduzindo índices hierárquicos do seu organograma. Nos anos 2007 e 2008 houve uma tentativa de mudar o modelo assistencial, criando “unidades produtivas de cuidado” com colegiado gestor de cada área assistencial baseados na metodologia “Paideia”, para favorecer a democratização da gestão e reduzir a fragmentação assistencial dada pelas especialidades médicas (CUNHA; CAMPOS, 2010; MASSUDA, 2010).

Esta breve descrição do cenário da pesquisa proporciona o entendimento necessário da dinâmica e interesses institucionais, os quais procuram inovações no modo de gerenciamento que justificam a escolha pela metodologia da Pesquisa-Ação.

A pesquisa teve início em agosto de 2014 com encontro das pesquisadoras, a diretora e assis-

tentes do DEnf do citado hospital. Na ocasião, foi apresentada a proposta de um estudo com olhar para o processo de trabalho da supervisão de enfermagem pela Pesquisa-Ação e, assim, buscar soluções conjuntas para melhorar a atuação do supervisor no gerenciamento da assistência.

Imediatamente obtivemos o apoio da diretoria do DEnf, pois estavam iniciando uma nova gestão para o período de 2014-2018 e haviam estabelecido como prioridade a revisão do processo de trabalho dos supervisores. Deste modo, o objetivo do estudo estava em consonância com os interesses do DEnf, sendo estabelecida a “demanda” do trabalho, ou seja, a revisão do processo de trabalho dos supervisores, objetivando a obtenção de uma prática sistematizada que favorece o gerenciamento da assistência.

Neste momento, foi pactuada a participação na pesquisa das partes interessadas, ou seja, os profissionais da instituição, as pesquisadoras apoiadas pelo grupo de pesquisa da universidade e especialistas da área de gestão.

Com a demanda pactuada, o projeto de pesquisa foi elaborado com a apreciação e sugestões do grupo participante e enfermeiras da Seção de Educação Continuada (SEC) e, posteriormente, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da universidade com parecer número 887.936 em 24/11/2014.

O passo seguinte foi a aproximação das pesquisadoras com o objeto da pesquisa, a supervisão, por meio de análise dos dados do regimento do DEnf, dimensionamento e escala de trabalho dos supervisores e equipe de enfermagem.

Consideramos que essa preparação para a entrada no campo da pesquisa foi fundamental para a aproximação, implicação e confiança dos profissionais da instituição para com os pesquisadores. Nestes encontros eram colocadas dúvidas, críticas, sugestões, expectativas e dificuldades com o objeto de estudo, a supervisão de enfermagem, para a construção de cada etapa da Pesquisa-Ação.

Observa-se que a passagem de um modelo de gestão da qualidade para um modelo de gestão participativa, apoiado em procedimentos de Pesquisa-Ação, representa uma profunda mudança teórica e prática. Esse segundo modelo possui aspectos mais participativos, democráticos e não se limita a consultas de sugestões como na gestão de qualidade. A metodologia de Pesquisa-Ação aplicada à gestão exige um relacionamento interpessoal e grupal mais autêntico. Os ciclos de ação e reflexão vão bem além do PDCA ou roda de Deming da gestão de qualidade (THIOLLENT, 2009).

2 DESENHO DO ESTUDO: ETAPAS E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NA PESQUISA-AÇÃO

O número, a denominação e as estratégias para o desenvolvimento de cada etapa da Pesquisa-Ação podem variar de acordo com os propósitos do projeto, características e cultura da instituição participante (KOERICH *et al.*, 2009; THIOLLENT, 2009).

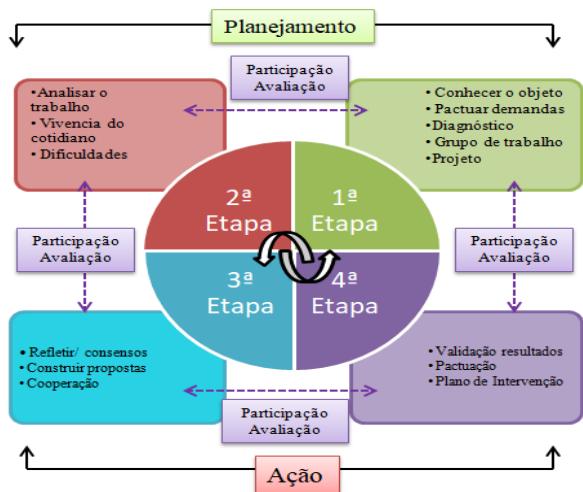
A pesquisa foi desenvolvida em quatro etapas:

- Etapa exploratória – Compreensão do trabalho da supervisão de enfermagem pela visão de enfermeiros e supervisores dos três turnos – nas 24hs – da instituição;
- Etapa de aprofundamento – Observação e vivência do cotidiano do trabalho da supervisão. Foram analisadas as dificuldades que o supervisor encontra para realizar a finalidade do seu trabalho no gerenciamento da assistência;
- Etapa da ação – Discussão e consenso na construção colaborativa de propostas de mudanças necessárias para aproximar a supervisão do gerenciamento do cuidado e
- Etapa da avaliação – Análises, avaliações e validações dos resultados. Essa etapa está descrita por último apenas por uma questão didática, porém ela aconteceu de forma dinâmica durante todo processo e na finalização de cada etapa citada acima.

Esse movimento é chamado de “ação-reflexão” para o “aprendizagem-ação”, também conhecido como o ciclo da Pesquisa-Ação (THIOLLENT, 2009).

O conhecimento adquirido pelos resultados avaliados e discutidos em cada etapa, possibilitaram adequações ao planejamento e estratégias para dar prosseguimento à pesquisa com segurança de obter os resultados almejados. O movimento cíclico entre as etapas da Pesquisa-Ação está representado na Figura 1.

Figura 1 – Ciclo da Pesquisa-Ação. Relação entre as etapas da pesquisa



Fonte: Vergílio (2017).

3 A ORGANIZAÇÃO METODOLÓGICA DE CADA ETAPA DA PESQUISA-AÇÃO

Primeira etapa – Exploratória

Objetivos: descrever o perfil dos enfermeiros e supervisores; identificar a finalidade, métodos e técnicas usados para o trabalho; compreender e validar a prática da supervisão.

Desenvolvida no período de agosto 2014 a fevereiro de 2015.

Instrumento: Coleta de dados feita por entrevista semiestruturada com roteiro pré-testado por meio de um estudo-piloto. As questões se basearam na caracterização dos profissionais; na rotina de trabalho, atribuições e finalidade da supervisão; autonomia para atuação; métodos e técnicas utilizados para o desenvolvimento do trabalho.

Planejamento: A amostra foi composta pelo critério da intencionalidade para a representação de grupos relevantes (GIL, 2010). Com o apoio das enfermeiras do Serviço de Educação Contínua do DEnf (SEC) foram identificados oito supervisores (quatro do período diurno e quatro do noturno) e doze enfermeiros dos turnos da manhã, tarde e noite, de quatro unidades (internação adulto-UIA, unidade de emergência referenciada-UER, pediatria e unidade de terapia intensiva-UTI) representativas da dinâmica hospitalar pela demanda, complexidade e diversidade dos pacientes. O objetivo da participação dos enfermeiros na composição da amostra foi a triangulação de informações obtidas pelos supervisores para ampliar o conhecimento da supervisão nas 24

horas pelo olhar dos profissionais enfermeiros que estão sob a orientação de supervisores. O material empírico coletado foi organizado e classificado pela análise de conteúdo (MINAYO, 2014) e interpretado segundo referencial do processo de trabalho marxista (MARX, 2011). Obtivemos três categorias analíticas:

O trabalho da supervisão. Esta categoria foi subdividida em: a rotina de trabalho; responsabilidades e autonomia à tomada de decisões;

Finalidade do trabalho. Subdividida em: considerações pessoais e aproximações conceituais sobre as finalidades apontadas;

Instrumentos de trabalho. Subdividiu-se em: métodos e técnicas empregadas para a realização do trabalho.

Foi-nos permitido nesta etapa a compreensão do trabalho da supervisão para iniciar um diagnóstico da sua situação institucional na visão dos enfermeiros e supervisores.

Validamos os resultados obtidos nesta primeira etapa, conforme preceitos da Pesquisa-Ação, com a diretora, assistentes, enfermeiras da SEC do DEnf e, também, em reunião com o grupo de pesquisa da universidade promotora do estudo. Após essa devolutiva e reflexões sobre os resultados alcançados, fizemos o planejamento da segunda etapa da Pesquisa-Ação.

Segunda etapa – Aprofundamento

Objetivos: Observar, acompanhar e as atividades da supervisão de enfermagem; analisar as dificuldades.

Desenvolvida no período de junho 2015 a junho 2016.

Instrumentos: A coleta de dados foi feita por observação participante, e um diário de campo foi utilizado para registros. A pesquisadora se inseriu no trabalho da supervisão de uma unidade representativa da dinâmica hospitalar para perceber o significado do trabalho realizado pelo supervisor. Foram registradas ocorrências e impressões por análises crítica e interpretativa das situações vivenciadas (QUEIROZ et al., 2007).

Planejamento: A unidade indicada para a observação participante foi a Unidade de Internação de Adultos (UIA), composta (em 2016) por 307 leitos de internação para especialidades médicas (UI cardiologia e pneumologia, UI nefrologia, UI psiquiatria, UI transplante de medula óssea, UI neurologia, UI hematologia, UI trauma entre outras). Com um quadro de pessoal de enfermagem

com 154 enfermeiros, 406 técnicos de enfermagem, nove supervisores diurnos e três noturnos para acompanhar a assistência nas 24 horas.

A pesquisadora participou por cerca de seis meses junto aos supervisores em suas práticas cotidianas, em passagem de plantões, atividades de treinamento, tutorias, auditorias da estrutura, planejamento na implantação de protocolos, reuniões de orientações, entre outras atividades.

Vivenciamos várias dificuldades para a continuidade do estudo, advindas de questões sociais e institucionais. Para nos orientar na continuidade da Pesquisa-Ação, lançamos mão do recurso de seminários, formado com o grupo de pesquisa e especialistas, que nos auxiliaram nas reflexões das possíveis causas das dificuldades e estabelecemos propostas de ação para a terceira etapa, as quais foram totalmente apoiadas pelo DEnf (PICHETH; CASSANDRE; THIOLLENT, 2018; THIOLLENT; COLETTE, 2016).

Essa etapa foi fundamental para a compreensão da epistemologia da Pesquisa-Ação, cujo princípio é de não conceber a verdade somente nos dados e fatos preexistentes, mas pensá-la por meio do ciclo pesquisa-aprendizagem e ação-avaliação com ampla e explícita interação entre pesquisadores e profissionais implicados na situação investigada.

Terceira etapa – Ação

Objetivo: Construir propostas para organizar o processo de trabalho da supervisão de forma sistematizada, visando o gerenciamento do cuidado.

Desenvolvida no período de agosto 2016 a novembro 2016.

Instrumento: Oficinas de trabalho em grupo com abordagem psicossocial, tendo por objetivo estimular a integração, cooperação e estímulo à construção de um trabalho coletivo e representativo do grupo de supervisores. O trabalho em oficinas, independentemente do número de encontros, é focado em uma questão central, a tarefa, a qual o grupo se propõe ao debate para elaborar propostas consensuadas de intervenção. Este método oferece uma estrutura planejada em encontros com estratégias que favorecem discussões sobre as dificuldades e incômodos da sua vivência, integrando aspectos afetivos e conhecimentos para ressignificar a atuação em novas práticas, respondendo positivamente a tarefa que o grupo se propôs a realizar (AFONSO, 2010).

Planejamento: As oficinas foram organizadas segundo recomendações de Afonso, (2010):

Reuniões preparatórias entre a pesquisadora, diretoria do Denf, enfermeiras SEC para pactuar

a participação de todos os supervisores do período diurno e noturno, exceto os que se encontravam de férias. Planejado três oficinas, local, data, conteúdo, a coordenação das oficinas ficou na responsabilidade da pesquisadora, o apoio para registro e avaliação dos encontros para as enfermeiras da SEC. O planejamento das oficinas tinha uma linha condutora, mas foi flexível, sendo revisado a cada encontro após avaliação do grupo participante.

A tarefa para o grupo de supervisores ficou definida: refletir sobre as dificuldades no processo de trabalho que afastam os supervisores da finalidade do gerenciamento da assistência e propor uma prática sistematizada compatível com a realidade institucional.

Plano de atividades para cada oficina: Primeiro momento com atividades de descontração e relaxamento para aquecimento e sensibilização do grupo. Segundo momento com atividades chamadas “trabalho do dia” para estimular discussões e motivar a produção do grupo, e terceiro momento para o fechamento dos trabalhos do dia com a síntese dos conteúdos abordados, validação do grupo sobre a produção realizada e avaliação individual do encontro.

Quarta etapa – Avaliação

Objetivos: analisar os resultados parciais de cada etapa da Pesquisa-Ação; rever e adequar as estratégias planejadas nas etapas seguintes; avaliar o conhecimento produzido pelo grupo na construção da prática da supervisão de enfermagem sistematizada para o gerenciamento do cuidado. Desenvolvida no decorrer das etapas, finalizando com a avaliação das oficinas pelos supervisores em março de 2017.

Instrumentos:

Primeira e segunda etapas: As pesquisadoras realizaram reuniões com a diretoria do DEnf, diretores de serviço e supervisores também, com grupo de pesquisa da universidade e especialistas para analisar e validar os resultados.

Terceira etapa: O grupo responsável pelo desenvolvimento das oficinas, ou seja, pesquisadoras, assessora do DEnf e enfermeiras do SEC se reuniram pós-oficinas para analisar as reações e produção do grupo de supervisores. Neste momento também era levado em consideração a análise dos dados obtidos pelo instrumento de avaliação individual respondido pelos supervisores ao término das oficinas.

Quarta etapa: Análise dos resultados obtidos por formulário enviado online.

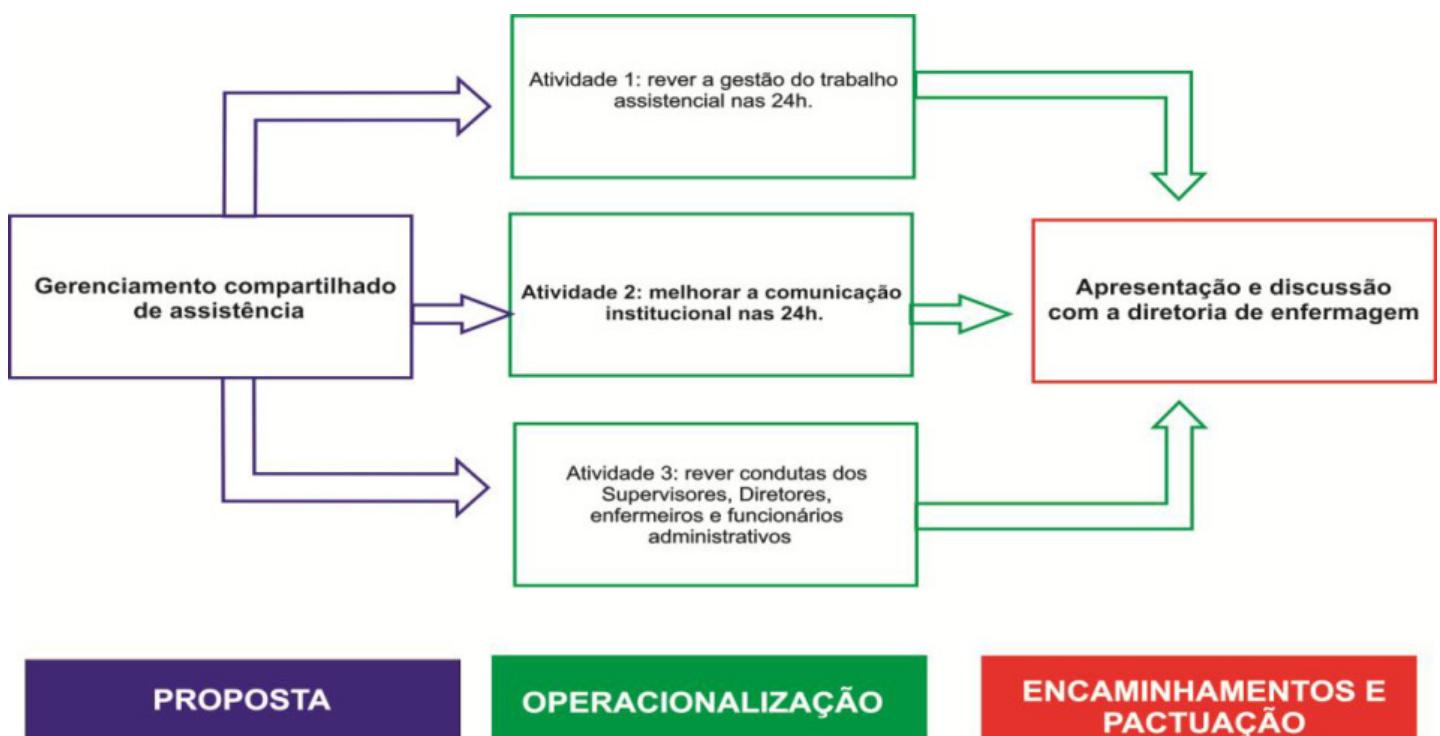
Planejamento: As avaliações foram planejadas após cada etapa por reuniões com roteiro aber-

to; os questionários individuais respondidos pelos supervisores após as oficinas foram construídos pelas pesquisadoras; o questionário final foi construído por meio do formulário Google, enviado por e-mail para todos os supervisores após três meses da realização das oficinas.

O trabalho nas oficinas foi tão intenso que em três encontros não terminamos a tarefa proposta pela Pesquisa-Ação e o mesmo grupo de supervisores organizou mais dois encontros para cumpri-la. Na finalização do trabalho, os supervisores organizaram um documento, contendo a proposta denominada “gerenciamento compartilhado da assistência” com um plano de ação estruturado em três atividades, representado na Figura 2.

Este documento foi apresentado em reunião aos diretores de serviço, diretoria da DEnf., enfermeiras da SEC e das pesquisadoras. Neste momento foram realizadas pactuações e encaminhamentos para a viabilização das propostas apresentadas.

Figura 2 – Resultados das oficinas dos supervisores de enfermagem: proposta de ação, atividades operacionais e pactuação



Fonte: Vergilio (2017, p. 90), fundamentada em Thiollent (2009).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade dos serviços de saúde no século XXI já exigia das lideranças atenção para frequentes mudanças pela instabilidade financeira e demandas sociais. As lideranças estão sendo, cada vez mais, desafiadas a responder agilmente as condições assistenciais precárias, falta de insumos, de EPIs, leitos para internação e outras turbulências de ordem político-sociais

Há mais de um ano em pandemia, o cenário pesquisado foi caracterizado como um ambiente dinâmico, no qual pesquisas são realizadas regularmente, favorecendo as adaptações rápidas às novas condições.

Acreditamos na Pesquisa-Ação como instrumento gerencial potente às lideranças da enfermagem, em especial para o trabalho da supervisão, direcionando a sua finalidade e esforços para reestruturar os processos de trabalho alinhados ao gerenciamento do cuidado em todos os patamares de complexidade da Rede de Atenção à Saúde para o enfrentamento das adversidades e desafios advindos dos momentos pandêmicos.

A Pesquisa-Ação associada ao trabalho gerencial, como método participativo construído cooperativamente, permite ao grupo caminhar de forma simultânea para a resolução de problemas e obter aprendizados sobre a dinâmica grupal, as relações institucionais, introduzindo ações necessárias na geração de estabilidade e mudanças factíveis para um momento tão desafiador.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M. (org.). Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde. 2. ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2010.

CORRÊA, G. C. G.; CAMPOS, I. C. P.; ALMAGRO, R. C. Research-action: a practical approach to qualitative research. *Ensaio Pedagógico*, v. 2, n. 1, p. 62-72, 2018.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. *Org. & Demo.*, v. 11, n. 1, p. 31-46, 2010.

DUQUE-ARRAZOLA, L. S.; THIOLLENT, M. J. M. (orgs.). Metodologia, teoria do conhecimento e pesquisa-ação: textos selecionados e apresentados/João Bosco Guedes Pinto. Belém-PA: Instituto de Ciências Aplicadas (ICSA), 2014.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HOSPITAL DE CLÍNICAS (HC). Universidade Estadual de Campinas, Institucional. Imprensa. Relatório de gestão 2014-2018. Disponível em: <https://hc.unicamp.br/wpcontent/uploads/2020/04/Relatorio-de-Gestao-2014-2018.pdf>. Acesso em: 28 maio 2021.

KOERICH, M. S. et al. Pesquisa-Ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 1, n. 3, p. 717-23, 2009.

MARX, K. O capital: crítica da economia política. 29. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

MASSUDA, A. O método do apoio paidéia no hospital: descrição e análise de uma experiência no HC/Unicamp. 2010. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo, 2010.

MERHY, E. E. Saúde: A cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

PICHETH, S. F.; CASSANDRE, M. P.; THIOLLENT, M. J. M. Analisando a pesquisa-ação à luz dos princípios intervencionistas: um olhar comparativo. *Rev. Educação*, v. 39, n. esp-supl., p. 3-13, 2016.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Rev. enferm. UERJ*, v. 15, n. 2, p. 276-83, 2007.

ROCHA, B. S. et al. Evidências no desenvolvimento da liderança em enfermagem com o uso da pesquisa-ação: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 19, 2017.

SANTIAGO, A. R. J. V.; CUNHA, J. X. P. Supervisão de enfermagem: instrumento para a promoção da qualidade. *Rev. Saúde e Pesquisa*, v. 4, n. 3, p. 443-8, 2011.

SILVA, E. M. Supervisão como essência do gerenciamento em enfermagem. In: VALE, E. G.; PERUZO, S. A.; FELLI, V. E. A. (orgs.). PROENF-Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão. Ciclo 3. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 79-107.

EODÓSIO, S. S-C. S.; LEANDRO, S. S. (orgs.). Enfermagem na atenção básica no contexto da CO-VID-19. Brasília-DF: ABEn/DEAB, 2020.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2018.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação nas organizações. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

THIOLLENT, M.; COLETTE, M. M. Action research and participatory research in Brazil. In: ROWELL, L. L.; BRUCE, C.; SHOSH, J. M.; RIEL, M. (orgs.). The palgrave international handbook of action research. 1. ed. New York: Palgrave MacMillan, 2016.

VERGILIO, M. S. T. G. Supervisão de enfermagem: construindo um caminho para a prática sistematizada. 2017. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo, 2017.

VERGILIO, M. S. T. G. Teorias da administração: articulações com a enfermagem em saúde coletiva. In: SANTOS, A. S.; TRALDI, M. C. (orgs.). Administração de Enfermagem em Saúde Coletiva. Barueri (SP): Manole, 2015. p. 69-135.

CAPÍTULO 5

PESQUISA- AÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA A CRIAÇÃO DE SOLUÇÕES TECNOLÓGICAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

KATIANE TAVARES DA SILVA

RICARDO GAMARSKI

ALINE MIZUSAKI IMOTO

LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde são considerados estruturas complexas, devido à diversidade dos seus serviços, à variedade de profissionais com competências distintas, aos processos que ocorrem simultaneamente e à imperiosa necessidade de uma abordagem integrativa na tomada de decisões. Isso exige o constante aperfeiçoamento dos processos de gestão no âmbito do planejamento e organização dos serviços e nas práticas diárias dos profissionais da saúde (LEONE et al., 2014; PERROT et al., 2012). Configura-se, também, um ambiente de alto risco para a ocorrência de atos inseguros durante a assistência. Milhares de pessoas são vítimas de danos evitáveis enquanto recebem cuidados de saúde, muitos deles causando danos irreparáveis e óbito, o que justifica a preocupação em âmbito global com a segurança dos pacientes nesses ambientes (JANG; CHOI; KIM, 2017; KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; YU et al., 2016). Os eventos adversos representam um enorme custo à saúde das pessoas e para os sistemas de saúde. Estima-se que representam a 14^a causa de morbidade e mor-

talidade no mundo (OECD, 2017).

Nos últimos anos, inúmeras políticas públicas voltadas à temática vêm sendo desenvolvidas para melhorar a segurança do paciente; com isso as instituições de saúde estão fazendo um esforço maior para monitorar os riscos relacionados ao cuidado de saúde, concentrando-se em estratégias de prevenção, no gerenciamento de riscos a que os pacientes são expostos durante a assistência (JANG; CHOI; KIM, 2017). No entanto, o dano evitável ao paciente continua sendo um fardo para os sistemas de saúde em todo o mundo (YU et al., 2016).

A incorporação de sistemas informatizados para a notificação, configura-se em estratégia importante à gestão do cuidado e aprendizagem para a segurança do paciente. A literatura descreve inúmeros benefícios de um sistema eletrônico para o gerenciamento de informações sobre incidentes em saúde, entre eles, o aumento do número de relatos de ocorrência de eventos, melhor adesão por parte dos profissionais, otimização do processo de investigação, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e nas decisões para ampliar a segurança dos pacientes (CAPUCHO; CASSIANI, 2013; JANG, CHOI; KIM, 2017). Os sistemas de notificação são fontes para o aprendizado e monitoramento, permitem detecção precoce de incidentes, investigações e, principalmente, geração de recomendações ante recorrências, além de suscitar informações aos pacientes e familiares (HARADA et al., 2020).

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013, a notificação de eventos adversos pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) é obrigatória e deve ser reportada ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde por meio do Notivisa, sistema informatizado desenvolvido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, para receber notificações de incidente e ou eventos adversos e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos e serviços sob vigilância sanitária (BRASIL, 2014; SILVA et al., 2012).

Neste estudo, partiu-se de um problema de relevância prática e teórica, configurado na existência de um frágil processo de manejo de informações sobre incidentes nos serviços de saúde da Secretaria Estadual de Saúde (SES) Distrito Federal (DF). Os 16 hospitais públicos dispunham de Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) que aplicavam diferentes formulários eletrônicos e impressos para notificações de incidentes assistenciais, cada um a seu modo, o que tornava o processo de trabalho diversificado e pouco padronizado. Embora essas ferramentas eletrônicas apresentassem vantagens como menor custo, portabilidade e facilidade de uso, apresentavam baixa segurança das informações, baixa institucionalidade do sistema e na propriedade dos dados (HOFFMANN, 2016).

Diante do contexto, identificou-se a necessidade de remodelagem e aperfeiçoamento do pro-

cesso de notificação e manejo dos dados, de modo a favorecer a uniformização e padronização entre os NQSP, por meio da criação de um sistema de informação. Desenhou-se uma proposta de sistema que permite a notificação espontânea de incidentes, a investigação dos fatores contribuintes, favorecendo a consolidação e análise dos dados, propiciando o monitoramento e avaliação da segurança do paciente nesses ambientes. Adicionalmente, favorece o acesso de informações oportunas para assessorar os profissionais na tomada de decisão e identificar áreas que requerem intervenções. Trata-se de uma inovação, na medida em que o produto criado tem ampla capacidade de modificar a realidade dos serviços de saúde. Segundo o manual da Pesquisa Industrial de Inovação Tecnológica (2012), o requisito mínimo para se definir uma inovação é o de que o produto, processo ou método sejam novos ou tenham sido significativamente melhorados para a empresa ou organização. As atividades de inovação são etapas científicas, tecnológicas, organizacionais, financeiras e comerciais que conduzem ou visam a conduzir à implementação de inovações.

Neste capítulo, tem-se como objetivo, descrever o processo de criação de um sistema informatizado de gestão de informações para a notificação e monitoramento de incidentes em saúde, por meio da aplicação da pesquisa-ação integrada a método ágil de desenvolvimento de sistemas de informação.

2 MATERIAL E MÉTODO

Realizou-se uma pesquisa-ação para a produção de tecnologia de informação baseada na inovação tecnológica de processos, que visa produzir ou entregar produtos novos ou substancialmente melhorados, os quais não podem ser produzidos ou distribuídos por meio de métodos convencionais já utilizados pela empresa e podem aumentar a eficiência produtiva ou da entrega de produtos existentes (GIBERTONI, 2012). A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social criada e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação da realidade a ser investigada estão envolvidos de modo cooperativo e participativo (THIOLLENT, 1985).

Nesse tipo de estudo, começa-se com um reconhecimento, ou seja, faz-se uma análise situacional que produz ampla visão do contexto, das práticas atuais, dos participantes e envolvidos, associada a reflexões sobre a prática durante todas as etapas da pesquisa. Esta metodologia cria espaços onde as pessoas participam do projeto com atuação organicamente estabelecida, por meio das quais as descobertas resultantes contribuirão para a base de conhecimento em um domínio

empírico particular (BRYMAN, 1989; TRIPP, 2005).

Este estudo foi realizado em hospitais públicos do DF, que ofertam atividades hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade (CNES, 2021). A operacionalização do estudo ocorreu em quatro etapas sistemáticas e complementares nos anos de 2017 a 2019, descritas na Figura 1.

Figura 1 – Etapas do Estudo

Investigação	Tematização	Programação/ação
<ul style="list-style-type: none">• Observação da realidade• Identificação do problema, características, atores, causas e consequências• Visitas técnicas	<ul style="list-style-type: none">• Revisão de literatura• Análise documental	<ul style="list-style-type: none">• Criação de protótipo• Validação com atores envolvidos• Criação do sistema

Foram utilizados diferentes métodos e técnicas para viabilizar todas as etapas da pesquisa: análise documental, diálogo deliberativo, criação do protótipo, desenvolvimento do sistema e implantação de um piloto.

A análise documental mapeou o processo de trabalho realizado pelos NQSP, teve como objetivo conhecer o modelo de notificação atualmente utilizado e a análise dos processos desenvolvidos pelo núcleo em relação a qualidade e completude, bem como seus potenciais e dificuldades, a fim de que a proposta de criação do sistema estivesse alinhada com o praticado no NQSP. Esta etapa foi propedêutica e orientadora para a criação de um esboço dos formulários de notificação e investigação dos incidentes, assim como a escolha dos indicadores de demandas, recursos, processos, produtos e resultados a serem incorporados no sistema. Foram analisados os formulários, resoluções, protocolos, instrutivos, portarias, entre outros documentos elaborados por membros da equipe de gestão e dos NQSP-SES-DF que continham orientações sobre processos de notificação, investigação e monitoramento de incidentes em saúde, publicados em meio físico ou eletrônico.

Foram realizados diálogos deliberativos (DD), estratégia de translação de conhecimento que pode ser integrado na pesquisa em saúde e pode ser utilizado como método para coletar dados em pesquisa qualitativa. Ele é caracterizado por conversas intencionais, em que os participantes criam entendimentos, usando evidências científicas e seu próprio conhecimento tácito para contemplar um determinado desafio ou problema que afetam o sistema de saúde (ACOSTA; OELKE; LIMA,

2018; PLAMONDON; BOTTORFF; COLE, 2015).

O DD aconteceu em duas sessões, teve a participação de 12 profissionais, entre eles, gestores e coordenadores de NQSP-SES-DF. Nas sessões o objetivo era o de conhecer o processo de trabalho do NQSP e do hospital como um todo, em relação ao manejo das estratégias de qualidade e segurança do paciente, identificar as fragilidades e potencialidades destas estratégias e proporcionar um ambiente de discussão sobre a proposta da criação do sistema.

Foram realizadas reuniões complementares com gestores, especialistas e chefe de NQSP para aprovar ideias e funcionalidades durante a prototipagem. As reuniões aconteceram em julho de 2018 e em novembro de 2018. Esta técnica de coleta de dados foi replicada em outras sessões conforme avanço do protótipo do sistema a fim de identificar opiniões, sugestões e recomendações na sua criação.

Ao longo do trabalho foram utilizados cadernos de anotações onde eram registradas as informações necessárias, reuniões de planejamento e resultados intermediários na elaboração do sistema. Destacaram-se os principais temas que emergiram durante a deliberação, em especial no tocante à escolha dos indicadores, requisitos e funcionalidades a serem incorporados no protótipo do sistema.

Um protótipo é uma representação limitada da ideia de um produto que permite aos usuários interagir com ele e explorar a sua conveniência. Os protótipos são fundamentais na construção de qualquer produto e podem ser criados para: discutir ideias; propor alternativas; descobrir soluções para problemas conhecidos; descobrir problemas que não eram conhecidos (ROGERS; SHARP; PREECE, 2013).

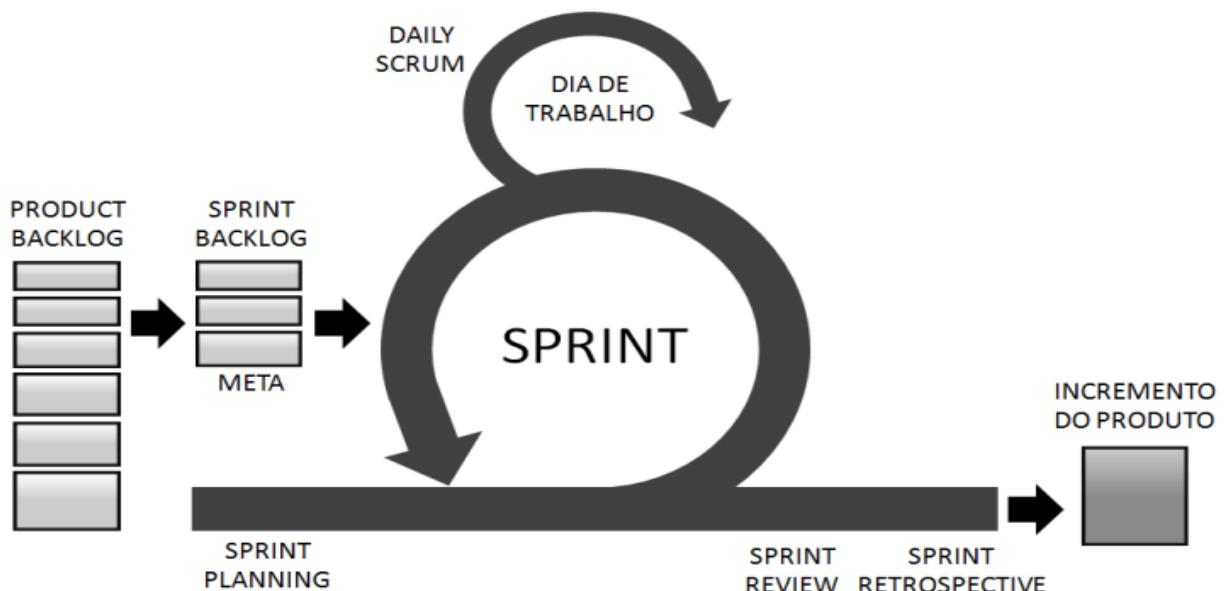
A ferramenta escolhida foi o Pencil Project versão 3.0.4, software gratuito de prototipagem computacional que permite a criação de *mockups* de sites. Com ele é possível criar esboços, layouts de site e diagramas, de uma forma prática, fácil e rápida, permitindo a exportação de arquivos e páginas web (EVOLUS, 2012).

Uma versão do protótipo, contendo um esboço das principais características do sistema foi apresentada aos facilitadores (diretor, coordenadores, gerentes de NQSP) para discutir as implementações realizadas, obter *feedback* do produto e nortear a construção da próxima versão do protótipo.

O desenvolvimento do sistema foi realizado seguindo a metodologia ágil Scrum, baseada no manifesto ágil para gestão e planejamento de projetos de software (BECK et al., 2001). A aplicação desta metodologia propicia o desenvolvimento de produtos complexos e é um dos métodos

ágeis mais utilizados em empresas, devido à sua fácil adaptação, estrutura não linear, flexibilidade, otimização de tempo e diversidade de profissionais envolvidos (CARVALHO; MELLO, 2012; DATE et al., 2016; SCHWABER; SUTHERLAND, 2016). As metodologias ágeis de desenvolvimento de software são iterativas, compostas por pequenas equipes que desenvolvem uma versão do produto a cada nova fase do projeto, por meio da interação com os clientes, realizando aprimoramentos e entregando valor agregado constantemente (DATE et al., 2016). Na figura 2, ilustra-se o funcionamento da metodologia.

Figura 2 – Funcionamento do ciclo Scrum



Fonte: K21 (2018).

No SCRUM a partir de uma visão do produto que será desenvolvido, cria-se uma lista de requisitos para o início do planejamento do software. São realizadas reuniões com os envolvidos no projeto, nas quais são apontadas todas as necessidades do sistema e as funcionalidades ordenadas por prioridade que serão desenvolvidas durante o projeto (CARVALHO; MELLO, 2012). Em seguida, inicia-se a fase de desenvolvimento do projeto, composta por *sprints*, ou seja, ciclos de desenvolvimento do produto, que serão repetidos até o final do projeto (DATE et al., 2016). Ao final de cada *sprint*, uma versão do produto com as funcionalidades implementadas é apresentada ao cliente por meio de uma reunião, cujo objetivo é discutir as implementações realizadas e obter feedback do produto (CARVALHO; MELLO, 2012; DATE et al., 2016).

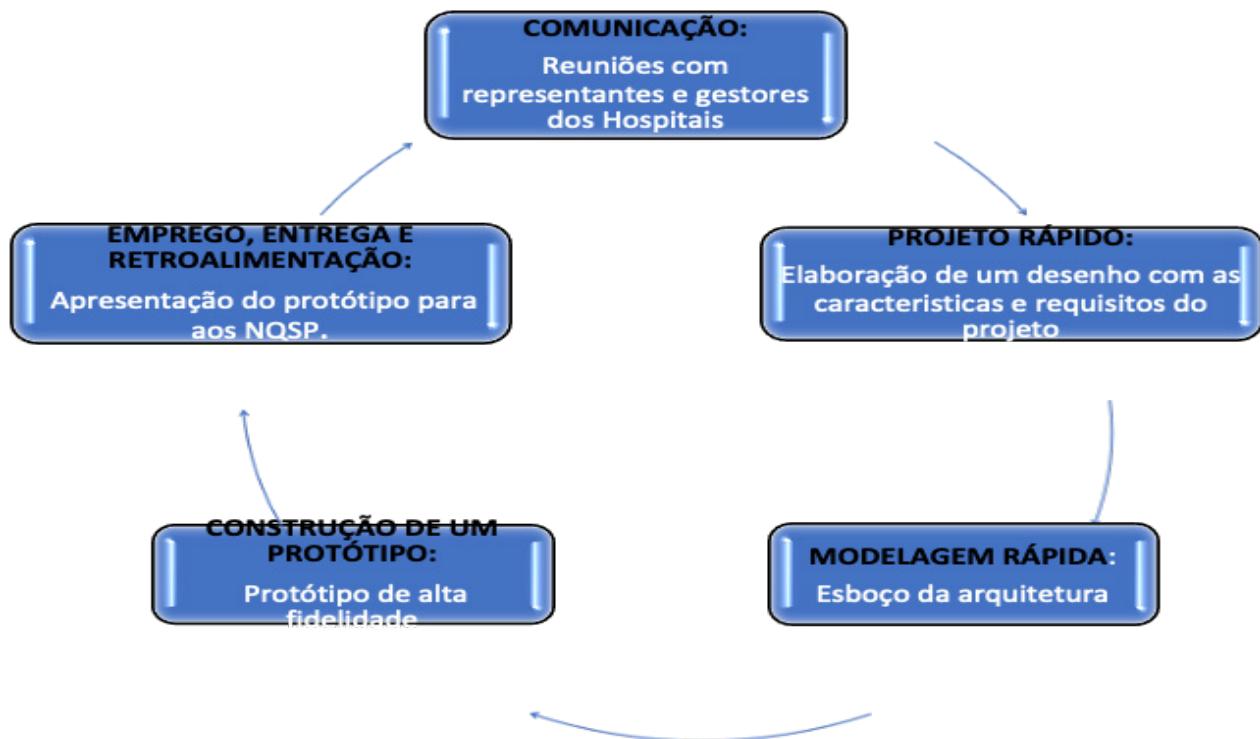
O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – CEP/FEPECS/SES/DF, sob parecer de número: 2.849.018 e CAAE: 93332318.2.0000.5553.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a definição da concepção do produto e elaboração dos requisitos foram elaborados cinco formulários, contendo as etapas de notificação, investigação e monitoramento de incidentes. Estes formulários foram apresentados por meio de um protótipo de baixa fidelidade aos profissionais e gestores dos serviços, por meio do DD. O protótipo foi denominado Sistema de Gestão de Incidentes Hospitalares (SIGIH) em conformidade com a realidade da SES-DF e estava adaptado aos protocolos nacionais e internacionais. O SIGIH continha 17 telas, cada uma delas com um conjunto de campos para a inserção de dados pelos diferentes usuários e seguia o fluxo das etapas de notificação, investigação e monitoramento, permitindo a simulação do fluxo da gestão dos riscos assistenciais nos serviços de saúde. Para a construção do protótipo, utilizamos o paradigma da prototipagem, proposto por Pressman, que auxilia a entender melhor o que deve ser construído. Além de colaborar com o desenvolvimento de um sistema ajustável, inteligente e compatível com os interesses e necessidades do serviço (HOFFMANN, 2016; PRESSMAN et al., 2016).

O paradigma da prototipação ilustrada na Figura 3 segue as abordagens descritas nas etapas anteriores, iniciando com a comunicação para conhecer a situação atual e definição dos objetivos gerais e requisitos que serão incorporados ao sistema. Uma iteração de prototipação é planejada e ocorre a modelagem na forma de um “projeto rápido”, que se concentra em uma representação daqueles aspectos que serão visíveis aos usuários finais. O projeto rápido leva à construção de um protótipo que é empregado e avaliado pelos envolvidos, que fornecerão um retorno (feedback) para aprimorar os requisitos. A renovação ocorre conforme se ajusta o protótipo às necessidades de vários interessados e, ao mesmo tempo, possibilita a melhor compreensão das necessidades que devem ser atendidas (PRESSMAN et al., 2016).

Figura 3 – Paradigma da prototipação em cinco etapas cíclicas sistematizadas



Fonte: Adaptado de Pressman et al. (2016).

O desenvolvimento do sistema teve início com a confirmação dos requisitos técnicos, definição dos fluxos e dos indicadores de segurança do paciente, com base nos debates ocorridos no DD e nas reuniões com a equipe técnica de desenvolvedores do sistema. Procedeu-se a uma contratação de uma equipe de desenvolvedores que seguiu as etapas propostas na metodologia ágil. O acompanhamento do desenvolvimento ocorreu pela equipe técnica composta por médico, enfermeiras (orientadora, coorientador e orientanda) e engenheiro de software. O acompanhamento ocorreu por meio de reuniões mensais para a definição de requisitos, modelagem de dados e funcionalidades do sistema.

A fase de desenvolvimento foi composta por *sprints*. Cada ciclo teve duração de três semanas, repetidas até a finalização do sistema. Ao final de cada *sprint*, uma versão funcional do sistema era apresentada para o time do projeto para discussão do produto, implementações, aprimoramentos e planejamento de nova *sprint*.

Os requisitos incorporados ao sistema foram baseados nas Diretrizes da OMS para a construção de sistemas de relatório e aprendizagem (OMS, 2016; WHO, 2005). A adequação linguística adotada obedeceu aos critérios estabelecidos na Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS), desenvolvida pela OMS a fim de facilitar a comparação, medição, análise e interpretação de informações e melhorar o cuidado com o paciente (OMS, 2011). Os indicadores escondidos foram derivados das recomendações dos protocolos do MS, da SES/DF e das seis metas in-

ternacionais para a segurança do paciente propostas pela OMS, constituindo um modelo norteador abrangente, mensurável e que permite avaliar o grau de progresso e conformidade com as metas estabelecidas pelo PNSP (BRASIL, 2013a, 2013b, 2013c).

A tecnologia elaborada a princípio recebeu o nome de SIGISS – cuja sigla remete ao Sistema de Gestão de Incidentes em Serviços de Saúde. Entretanto, no curso da construção, o sistema foi intitulado de IPESS: Informação para Prevenção de Eventos Adversos em Serviços de Saúde (IPES²).

O IPES² foi desenvolvido em plataforma web responsiva, podendo ser acessado por computadores, celulares e tablets com acesso à internet. A aplicação conta com funcionalidades auxiliadoras, as quais permitem que os profissionais do NQSP-SES-DF registrem em um formulário exclusivo cada tipo de incidente. A fim de unificar uma rede de hospitais que funcionaram como pilotos e facilitar a implantação do IPES², foi criado um ambiente único para o sistema. Desta forma, todos os recursos necessários de infraestrutura, manutenção e implantação ficaram centralizados, e todos os serviços acessam o IPES² a partir de um único endereço. A Figura 4 representa a distribuição do sistema por meio do ambiente centralizado.

Figura 4 – Diagrama de distribuição do IPES²



Fonte: Silva (2019).

O IPES² está na terceira versão desenvolvida em um processo evolutivo a partir de demandas, ajustes e melhorias que foram surgindo a partir da implantação. Em um processo de pesquisa-ação, a implantação tem sido acompanhada pelos pesquisadores com ausculta contínua de sugestões e críticas. Novas funcionalidades foram sugeridas, algumas já foram incorporadas e outras estão previstas para futuras versões.

O IPES² foi desenvolvido no âmbito de projetos de pesquisa do Mestrado Profissional em Ciênc-

cias da Saúde da FEPECS, com financiamento de instituições nacionais de fomento à pesquisa, estando disponível para uso público. Sua implantação teve início em um dos hospitais públicos do DF em uma etapa piloto, a partir de setembro do 2019, estando atualmente já implantado em 7 hospitais públicos da SES-DF.

O processo de implantação tem sido realizado por meio de treinamento prévio das equipes dos NQSP, cadastramento dos leitos, dos setores e dos usuários do sistema em cada serviço. O IPES² dispõe de funcionalidades para manutenção de algumas tabelas, facilitando a customização em cada estabelecimento. Para tal, faz-se necessário que o NQSP elabore um planejamento mínimo para a sua implantação. Os usuários são divididos em diferentes perfis com acesso a funcionalidades específicas: a notificação está disponível para todos; a investigação, exportação de dados e consulta a indicadores estão disponíveis à equipe do NQSP.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, observou-se que é possível a inovação incremental em serviços de saúde por meio do diálogo, da pesquisa-ação com as metodologias de criação de tecnologias que privilegiam a interação, o que auxiliou no desenvolvimento de um sistema ajustável e compatível com os interesses e necessidades do serviço. A criação de sistemas de informação ou outras tecnologias para facilitar a mudança de práticas nos serviços de saúde requer o emprego de métodos e técnicas que propiciem o engajamento dos atores sociais que farão uso dos novos dispositivos. Espera-se a adesão ao uso do sistema e novas etapas com aprimoramento da usabilidade, havendo aprendizagem organizacional com os erros e do aumento da capacidade de tomada de decisões baseadas em dados.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M.; OELKE, N. D.; LIMA, M. A. D. S. Considerações teóricas do diálogo deliberativo: contribuições para prática, política e pesquisa em enfermagem1. Texto & Contexto – Enfermagem [online], v. 26, n. 4, 2018.

BECK, K. et al. Manifesto ágil. 2001. Disponível em: <http://agilemanifesto.org/>. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2013a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF. Publicada em 10 jul. de 2013b. Seção 1, p. 43.

BRYMAN, A. Research methods and organization studies (Contemporary Social Research). Routledge. 1. ed. London, 1989.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). Ações e programas. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/cebas/cnes-cadastro-nacional-de-estabelecimentos-de-saude>. Acesso em: 25 out. 2021.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 791-798, ago. 2013.

CARVALHO, B. V.; MELLO, C. H. P. Aplicação do Método Ágil Scrum no desenvolvimento de produtos de software em uma pequena empresa de base tecnológica. Gestão & Produção, v. 19, n. 3, p. 557-573, 2012.

DATE, R. N. et al. Aplicação do Método Ágil Scrum em uma Fundação Educacional do Setor Público. Revista de Gestão e Projetos, Universidade Nove de Julho, v. 7, n. 2, p. 75-94, 1 ago. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5585/cep.v7i2.437>. Acesso em: 5 jul. 2019.

EVOLUS. Pencil Project. 2012. Disponível em: <http://pencil.evolus.vn/>. Acesso em: 5 jul. 2021.

GIBERTONI, D. A contribuição da pesquisa-ação para obtenção da inovação tecnológica. Revista Interface Tecnológica, v. 9, n. 1, p. 67-72, 2012. Disponível em: <https://revista.fatectq.edu.br/index.php/interfacetecnologica/article/view/65>. Acesso em: 25 jul. 2021.

HARADA, M. J. C. S. et al. Reflections on patient safety incident reporting systems. Rev. Bras. Enferm., v. 74, Suppl 1, e20200307. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0307>.

HOFFMANN, P. Sistema de notificação de eventos adversos e/ou incidentes em saúde: software-protótipo. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016.

JANG, H. J.; CHOI, Y. D.; KIM, N. H. Effects and satisfaction of medical device safety information reporting system using electronic medical record. *Healthc Inform. Res.*, v. 23, n. 2, p. 94-100, abr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.4258/hir.2017.23.2.94>.

K21. Scrum. 2018. Disponível em: <https://k21.global/br/blog/scrum>. Acesso em: 25 jul. 2021.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. *To err is human: building a Safer Health System*. Washington: National Academy Press, 2000.

LEONE, C. et al. Reforma na atenção primária à saúde e implicações na cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal. *Cad. Saúde Pública*, v. 30, n. 1, p. 149-60, 2014.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente. Relatório Técnico Final. Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2011.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Modelo de informações mínimas para a notificação de incidentes e sistemas de aprendizagem para a segurança do paciente Guia do usuário. Proqualis. Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. Fiocruz, 2016. Disponível em: <https://proqualiselatoritorio/modelo-de-inform%C3%A7%C3%A3o%C3%A7%C3%A3o-de-incidentes-e-sistemas-de-aprendizagem>. Acesso em: 25 maio 2019.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). The Economics of Patient Safety. 2017. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>. Acesso em: 28 maio 2019.

PERROT, J. et al. Strategic contracting for health systems and services. United States of America: World Health Organizations, 2012.

PLAMONDON, K. M.; BOTTORFF, J. L.; COLE, D. C. Analyzing data generated through deliberative dialogue: bringing knowledge translation into qualitative analysis. *Qual Health Res.*, v. 25, n. 11, p. 1529-39, nov. 2015.

PRESSMAN, R. S. et al. Engenharia de software: uma abordagem profissional. 8. ed. São Paulo: Makron Books, 2016.

ROGERS, Y.; SHARP, H.; PREECE, J. Design de interação: além da interação humana-computador. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2013.

SCHWABER, K.; SUTHERLAND, J. O Guia do Scrum™: o guia definitivo para o Scrum – as regras do jogo. 2016. Disponível em: <https://www.scrumguides.org/docs/ scrumguide/v2016/2016-Scrum-Guide Portuguese-European.pdf>. Acesso em: 25 maio 2019.

SILVA, J. B. B. et al. Análise do sistema de notificações em Vigilância Sanitária – NOTIVISA. Universidade Federal do Pará. Instituto de Ciências da Saúde. Faculdade de Farmácia. Belém, PA, Brasil, 2012.

SILVA, K. T. Gestão de incidentes em hospitais públicos do Distrito Federal: construção participativa dos formulários, protótipo e desenvolvimento de software. Brasília, 2019.

SILVA, K. T. Gestão de incidentes em hospitais públicos do Distrito Federal: construção participativa dos formulários, protótipo e desenvolvimento de software. Brasília, 2019.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez, 1985.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educ. Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, dez. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022005000300009>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance for Patient Safety. WHO Draft Guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. Geneva, 2005.

YU, A. et al. Patient safety 2030: NIHR Patient Safety Translational Research Centre at Imperial College London and Imperial College. Londres: NHS, 2016.

CAPÍTULO 6

PESQUISA- AÇÃO COMO FERRAMENTA PARA A TRANSFORMAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

MARINA AKEMI SHINYA FUZITA

MARIA SILVIA TEIXEIRA

GIACOMASSO VERGÍLIO

MICHEL JEAN MARIE THIOLLENT

ELIETE MARIA SILVA

Neste capítulo buscamos relatar a experiência de uma pesquisa-ação, tendo o Acolhimento como tema principal. Realizada em Campinas, São Paulo, o objetivo foi o de compreender o Acolhimento na perspectiva de gestores, usuários e equipe multiprofissional; identificar problemas e propor soluções, refletindo sobre o potencial da pesquisa-ação como estratégia metodológica para aumentar a capacidade de resolução de problemas complexos.

Quarenta anos após a declaração de Alma-Ata, apontar a saúde como a mais importante meta social mundial e conamar a comunidade internacional a canalizar esforços técnicos, políticos e financeiros para o desenvolvimento dos cuidados primários em saúde, permanecem inúmeros desafios para sua efetiva implementação. Há significativos avanços nos indicadores de saúde nas Américas, no entanto orçamentos públicos reduzidos, serviços ineficientes e mudanças no cenário epidemiológico reforçam a importância de corrigir pontos fracos da Atenção Primária em Saúde (APS), de modo a seguir enfrentando as iniquidades em todo o mundo (OMS, 2005; STARFIELD, 2011).

Apesar de a Constituição Brasileira instituir a saúde como direito universal a ser garantido pelo Estado, crises políticas marcadas por sucessivas denúncias de corrupção, adoção de políticas austeras e redução de direitos sociais especialmente na área da seguridade social (previdência, saúde e assistência social) têm apresentado efeitos de degradação nas políticas públicas, impasses no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), precarização do trabalho e fortalecimento do setor privado, impactando diretamente o cotidiano dos serviços de saúde (ASSIS; JESUS, 2012; MENDES, 2016).

A publicação da nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), em 2017, tem suscitado críticas e preocupação com retrocessos em relação ao direcionamento do modelo de atenção baseado na Estratégia Saúde da Família não garantindo a sua prioridade, pois possibilita o financiamento de outros modelos e a composição de equipes sem a presença de agentes comunitários de saúde (ABRASCO, 2017; BRASIL, 2017).

Mais recentemente, em 2020, a pandemia de corona vírus (COVID-19) no Brasil encontrou o SUS combalido, com fortes sinais de diminuição de sua sustentabilidade financeira causado por seu subfinanciamento crônico e desfinanciamento desde a aprovação da Emenda Constitucional 95 que congelou os gastos públicos por 20 anos (BOUSQUAT et al., 2021). Assim, a Pandemia tem evidenciado as fragilidades e potencialidades dos sistemas de atenção à saúde, refletindo a organização político-econômica e sanitária vigente com agravamento das condições de vida da população.

A APS tem sido considerada como modelo essencial para, simultaneamente, enfrentar a epidemia e manter a oferta regular de ações em função de sua responsabilidade territorial e orientação comunitária à manutenção do contato e vínculo das pessoas com os profissionais das equipes de saúde da família (MEDINA et al., 2020).

A ideia de que existe uma “entrada”, cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde, esta “porta” deve ser de fácil acesso para reduzir a mortalidade e morbidade é reconhecida há muitos anos (STARFIELD, 2011). A forma de organizar essa “entrada” sem gerar desigualdades, construindo com as pessoas novas formas de conhecer o corpo, a saúde, o remédio e a doença ainda permanecem como uma necessidade atual do trabalho em saúde (STARFIELD, 2002, 2011).

O tempo de espera pelo atendimento, a agenda cheia, a baixa resolubilidade, a burocracia, o atendimento por senhas e filas podem gerar iniquidades, desassistência, sofrimentos e descrédito aos usuários e trabalhadores, colocando em xeque princípios fundamentais do SUS como o acesso universal, a equidade e integralidade.

Na tentativa de superar esses dilemas, surge no Brasil, na década de 1980, fruto de formulações da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e experiências em municípios como Campinas-SP, Ipatinga-MG, Belo Horizonte-MG, Betim-MG e Volta Redonda-RJ, a proposta de um modelo assistencial denominado “Em defesa da vida”, que propõe mudanças no interior do sistema de modo a humanizar as relações entre trabalhadores e usuários, privilegiando vínculo, acesso e autonomia dos sujeitos (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; MERHY, 2007; MERHY; CECILIO; NOGUEIRA FILHO, 1991; PINHEIRO, 2001).

Inserido nesse modelo, o Acolhimento é concebido como uma postura ética que propõe a reorganização dos serviços para garantir acesso universal, buscando oferecer respostas ao problema de saúde apresentado pelo usuário, visando à superação da lógica biomédica, transformando o cotidiano da unidade em processos usuário-centrados, visando qualificar a relação trabalhador-usuário em parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; MERHY, 2007; MERHY; CECILIO; NOGUEIRA FILHO, 1991; PINHEIRO, 2001).

Embora haja avanço na ampliação do acesso, é frequente notar circunscrição a um setor de triagem da demanda espontânea, tendo relatos recorrentes de insatisfação dos trabalhadores, predominando a lógica centrada no saber médico e nos processos de medicalização social, baixa autonomia, relatos de sobrecarga e sofrimento decorrente da responsabilidade de acolher (AFFONSO; BERNARDO, 2015; COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016; SILVA et al., 2012; TAKEMOTO; SILVA, 2007; TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

A incorporação do Acolhimento trouxe novas possibilidades de atuação à enfermagem e se destacam como integrantes desse trabalho: escuta qualificada, prática clínica e resolução de problemas. Entretanto, em muitas unidades o auxiliar de enfermagem foi designado como responsável pelo Acolhimento, conformando-se como atribuição essencialmente da enfermagem (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016; SILVA et al., 2012).

Em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS adotou o Acolhimento como uma diretriz principal às unidades de saúde; desde então, em vários estudos são apontadas inúmeras formas de concebê-lo e organizá-lo, mas poucos abordam simultaneamente percepções de usuários, gestores e trabalhadores (BRASIL, 2004, 2010; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015; GARUZI et al., 2014).

Foram considerados sujeitos de pesquisa os membros da equipe gestora, trabalhadores e representantes dos usuários no Conselho Local de Saúde (CLS) de uma unidade de APS do município de Campinas, referência para uma população aproximada de 17.118 pessoas, contando com quatro equipes de Saúde da Família, 67 funcionários e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS, 2017).

TURA MUNICIPAL DE CAMPINAS, 2021).

Uma das pesquisadoras era enfermeira da unidade há seis anos. Ao ocupar o lugar de pesquisadora e membro da equipe, opiniões, expectativas e intencionalidades estavam presentes e, portanto, explicita-se tratar-se de uma pesquisa orientada por princípios de científicidade que não buscam a imparcialidade, mas a implicação dos pesquisadores (THIOLLENT, 2011; THIOLLENT; COLETTE, 2014).

O projeto da pesquisa foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp sob o parecer 1.613.348, respeitando a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

A coleta de dados foi realizada no período de julho de 2016 a janeiro de 2017 em 15 encontros com duração média de 2h30 minutos. Participaram da pesquisa 26 trabalhadores entre Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Auxiliar de limpeza, Cirurgiã-dentista, Enfermeiras, Estudantes, Gestores, Médicos e Usuários membros ou representantes no CLS. A participação variou em função da escala de trabalho, férias, interesses ou disponibilidades, havendo em média 16 participantes por encontro.

A pesquisa-ação agrega métodos da pesquisa social e pode utilizar várias técnicas auxiliares em cada fase do processo de investigação (THIOLLENT, 2011; THIOLLENT; COLETTE, 2014). Assim, na fase exploratória, utilizou-se de grupos focais e análise temática para a identificação de problemas. Os encontros foram gravados em áudio e, posteriormente, transcritos a partir do qual se elaborou um texto síntese que foi apresentado e corrigido pelos participantes com o intuito de se aproximar de interpretações coletivas sobre os temas trabalhados.

Na fase de pesquisa aprofundada, foi realizado um levantamento do total de atendimentos de Acolhimento por dia e total de vagas de consultas médicas dos três meses anteriores aos encontros. Foram, também, apresentados aos participantes os resultados de um outro estudo realizado na mesma unidade cujo objetivo foi o de identificar as principais demandas trazidas pelos usuários ao Acolhimento.

Na fase de ação, os participantes foram divididos em subgrupos para a realização de oficinas propostas pelos participantes na fase anterior: oficina de produção de cartazes, elaboração de protocolos internos e deliberação sobre possibilidades de acolher.

A postura acolhedora, escuta, empatia, responsabilização e vínculo foram temas presentes no discurso dos participantes, demonstrando que a diretriz do Acolhimento alcançou certo grau de difusão e assimilação de seus valores por trabalhadores, gestores e usuários.

No entanto, condições precárias de trabalho marcadas por insuficiência no quadro de trabalhadores, população maior que a prevista, número insuficiente de consultas, pouco tempo para atendimento, recorrentes faltas de insumos e medicamentos foram considerados fatores que desqualificam o ato de acolher.

Os problemas estruturais são mencionados como aqueles que estariam “fora da governabilidade” do trabalhador e do gestor local, sinalizando sentimento de impotência e descrédito em relação às mudanças necessárias.

A diretriz de Acolhimento não esteve atrelada pelos participantes, à concepção de modelo de atenção à saúde sugerindo falta de clareza sobre quais influências se atua. Entretanto, ao comparar com o modo de atender que antecedeu a incorporação do Acolhimento como diretriz, reconheceram-se avanços significativos na qualidade do atendimento, ainda que os limites da capacidade de atendimento causem dilemas no sentido de abrir ou fechar “a porta”, facilitar ou dificultar o acesso e apontem a necessidade de atuar de modo resolutivo para além da postura acolhedora.

As distintas concepções sobre a APS e como equacionar os atendimentos à demanda espontânea, de modo a preservar outras ações, materializam-se no “medo de virar Pronto Socorro”. Reconhece-se que, o que se realiza na unidade apresenta características de triagem, pois ainda que numa lógica acolhedora, tem como finalidade principal organizar a demanda de modo a proteger a agenda médica e classificar riscos.

A hegemonia médica e aspectos que envolvem submissão e subserviência explicitam-se na forma de verbalizações “ter que pedir favor para o médico em prol do paciente” e “não querer incomodar o médico”. Conseguir a consulta médica foi, por diversas vezes mencionada como melhor desfecho para o Acolhimento, sinalizando que a cultura “médico-centrada” se faz presente não apenas no discurso dos usuários, mas também de trabalhadores.

O trabalho médico permaneceu aprisionado à lógica agenda e consulta, fato evidenciado por meio de falas que afirmam categoricamente “*acabou a vaga, acabou!*” demonstrando que a demanda trazida pelo usuário não é resolvida de forma coletiva por toda equipe, mas se torna um problema de quem acolheu.

O papel de “barreira” exercido pela enfermagem obedece à lógica de divisão técnica e social do trabalho de fragmentação e superespecialização, em que cada um fica responsável por uma parte e se aliena do todo, criando uma forma de organização que segue hierarquizada, do profissional de menor grau de escolaridade para o maior (AFFONSO; BERNARDO, 2015; FORTUNA et al., 2017). Nesse caso, do auxiliar de enfermagem à enfermeira e por último para o médico.

A pressão do usuário pelo atendimento, o julgamento do trabalhador sobre o usuário que não se ajusta às “regras da casa”, a recusa do atendimento e o sofrimento de quem atende tornam o Acolhimento rico em contradições e disputa de interesses. A tensão na relação usuário-trabalhador se fez presente inclusive na pesquisa, havendo divergências de opiniões ou desconfortos quando usuários traziam críticas aos atendimentos. A relação usuário-trabalhador parece distante de um mútuo reconhecimento de direitos e deveres, com recorrentes episódios de hostilidade de ambas as partes e que, por vezes, desencadeiam situações de violência física ou verbal.

Tratamentos grosseiros, ameaças, humilhação, reprimendas, gritos e agressões físicas foram mencionados como recorrentes no cotidiano do serviço. Do usuário contra o trabalhador e vice-versa. A violência parece deixar profundas marcas em ambos, tendo sido necessário, durante a pesquisa, abrir espaço de escuta e elaboração coletiva sobre este tema, sendo a postura acolhedora apontada com potencial para evitar ou interromper episódios de violência.

1 O ACOLHIMENTO E SEUS ENTRAVES – FASE EXPLORATÓRIA DA PESQUISA E IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

Para identificar os entraves do Acolhimento, utilizou-se a construção coletiva de situações-problema, debatendo-se a acerca dos motivos do ponto de vista dos atores envolvidos e fatores que dificultaram o atendimento mais acolhedor. Identificaram-se os problemas atribuídos ao Acolhimento que foram agrupados nas seguintes categorias: 1. Relação usuário-trabalhador; 2. Informações; 3. Fluxo de atendimento; 4. Critérios clínicos; 5. Condições de trabalho; 6. Resolutividade; 7. Trabalho em equipe; 8. Retaguarda interna e externa; 9. Oferta de vagas de consulta; 10. Formação profissional.

Destaca-se o predomínio de problemas relacionados àquele que seria o objetivo principal de transformação do Acolhimento: a relação usuário-trabalhador, sendo este escolhido pelo grupo como principal eixo de intervenção.

Por meio de sessões de tempestade de ideias (*brainstorming*), formularam-se propostas ligadas a mudanças na ambiência, divulgação de informações, pactuação de fluxos, elaboração de protocolos, adequação de oferta de vagas médicas, capacitações, criação de fóruns de discussão e oficinas sobre o tema da violência.

Com postura quase que militante, usuários advogaram em defesa de mudanças na recepção

da unidade, o que contribuiu fortemente para que esse fosse o principal foco de intervenção da pesquisa.

Eleger-se como de maior viabilidade, a instituição de um ponto de informações o “Balcão de Informações”, fora da recepção com um auxiliar de enfermagem e um agente comunitário de saúde para entregar senhas, tirar dúvidas, direcionar fluxos e fornecer informações gerais.

Houve ampliação do diálogo com usuários, reduzindo conflitos, queixas por falta de informações e o número de reclamações recebidas da ouvidoria do município. Entretanto, notou-se dificuldade de sustentar a escala pela insuficiência do quadro de pessoal, sentimento de exposição dos trabalhadores ao estar posicionado logo na entrada da unidade, insegurança e necessidade de qualificar o papel de quem recebe o usuário no momento de sua chegada à unidade, além de falhas no fluxo contínuo de informações.

2 A TEMÁTICA DA MUDANÇA E O ALCANCE DAS TRANSFORMAÇÕES

Segundo Thiolent (2011, p. 49), “com a pesquisa-ação pretende-se alcançar realizações, ações efetivas, transformações ou mudanças no campo social”. Entretanto, chama-se a atenção para o real alcance das mudanças, não se devendo manter ilusões sobre a transformação da sociedade global, sobretudo em projetos na esfera local e em pequenos grupos, sobretudo se são grupos desprovidos de poder.

Quando se consegue mudar algo dentro das delimitações de um campo de atuação de algumas dezenas ou centenas de pessoas, tais mudanças são necessariamente limitadas pela permanência do sistema social como um todo, ou da situação geral. O sistema social nunca é alterado duravelmente por pequenas modificações ocorrendo na consciência de algumas dezenas ou centenas de pessoas (THIOLLENT, 2011, p. 51).

Assim, em geral a pesquisa abrange fatos delimitados (problemas de relacionamento, redefinição de identidades, treinamento de categorias, etc.) e representa um esforço limitado para aumentar a consciência das pessoas e dos grupos envolvidos no processo, com delineamento de ações concretas de curto ou médio prazos (THIOLLENT, 2011).

Em matéria de conscientização e de comunicação, as transformações se difundem através do discurso, da denúncia, do debate ou da discussão. O que é transformado são as representações

acerca das situações em que atuam os interessados e os seus sentimentos de hostilidade ou de solidariedade (THIOLLENT, 2011, p. 51).

Apesar disso, frequentemente os objetivos da pesquisa-ação estão atrelados à noção de “melhoria” ou “mudança”. Por “melhoria” entende-se aquela que não necessita alteração estrutural e por “mudança” aquelas que tratam de substituir determinados aspectos por outros que estejam de acordo com objetivos ou valores (THIOLLENT, 2009).

No contexto organizacional, haveria mudanças cujo objetivo se limita à mudança quantitativa sem alterar a estrutura (alteração de alguma variável como remuneração, por exemplo), mudanças qualitativas que alteram regras ou estruturas (mudança no organograma ou critério de escolha de gestor, por exemplo) e mudanças no modo de encarar as relações (valores, crenças e linguagem) (THIOLLENT, 2009).

Para se pensar a mudança das práticas relacionadas ao Acolhimento neste trabalho, utilizaram-se dinâmicas de grupo que auxiliassem na reflexão sobre as causas das dificuldades encontradas. Questões como: desinteresse, desmotivação, postura pouco profissional, falta de iniciativa, dificuldade de se colocar no lugar do outro e ausência de diálogo – emergiram como principais raízes dos problemas e principais obstáculos para alcançar alguma mudança.

3 PESQUISA-AÇÃO COMO FORMA DE OLHAR E TRANSFORMAR A PRÁTICA DE SAÚDE

Dentre os principais aspectos que podem ser objetos de avaliação numa pesquisa-ação para além da ação em si, cita-se a capacidade de mobilização, qualidade do trabalho em equipe, relevância e viabilidade de propostas, efetividade das ações de formação, qualidade da comunicação e continuidade do projeto (THIOLLENT, 2009, 2011).

Com o intuito de avaliar a efetividade dessa pesquisa-ação, foi realizado com todos os participantes um questionário de avaliação e roda de conversa, abordando temas como: relevância e qualidade das informações apresentadas; contribuição da pesquisa para criar mecanismos de comunicação interna; participação de representantes de diferentes grupos durante as diferentes fases do processo; viabilidade das propostas formuladas; adequação, volume e relevância das soluções propostas; capacidade da pesquisa em mobilizar pessoas a participar das discussões e capacidade de produzir mudanças na percepção dos participantes ou na cultura organizacional da unidade e capacidade do grupo em dar andamento, de modo autônomo, à implementação de mudanças ini-

ciadas no decorrer da pesquisa.

Observou-se que a fase de diagnóstico (identificação dos problemas) e a fase de construção de propostas fluíram com maior agilidade, enquanto a fase de implementação necessitou de maior tempo, com algumas dificuldades em delinear os caminhos a serem seguidos com menor efetividade na sua viabilização e implementação. Notou-se fraca capacidade em fazer surgir novas lideranças e baixo potencial do grupo em dar andamento, de forma autônoma, à implementação de mudanças.

Como pontos positivos, destacou-se a contribuição de dados para conhecer o real perfil da demanda, presença de pesquisadores externos diminuindo a cegueira institucional, categorias profissionais diferentes, pensando conjuntamente a resolução de problemas, oportunidade de reflexão e elaboração de episódios de agressão, liberdade para expor sentimentos relacionados ao trabalho. Os participantes mencionaram sentir despertar o desejo de mudança, incentivo ao trabalho mais humanizado e maior visibilidade sobre a importância de espaços de discussões. Deu-se destaque à participação positiva de auxiliar de limpeza, pois embora se diga que todos devem fazer Acolhimento, usualmente essa categoria não participa de reuniões.

Como aspectos negativos da pesquisa, mencionou-se a alteração na rotina do trabalho da unidade, dificuldade em começar no horário previsto, participação de apenas parte da equipe, dificuldade em saber o que estava sendo discutido nos subgrupos, sentimento conflituoso em relação à participação de usuários (necessidade de um espaço só para trabalhadores), pouco envolvimento de usuários na implementação de mudanças.

Para futuras pesquisas, os participantes sugeriram a participação de todos os funcionários da unidade, aumentar o tempo das discussões e agilizar a implementação de propostas.

A realidade objetiva como ponto de partida para uma análise traz o desafio de olhar para a essência desses fenômenos para além de uma percepção imediata, sob o risco de simplificação de questões complexas como no caso aqui, do Acolhimento.

Embora a pesquisa esteja circunscrita a fatos de âmbito local, considera-se que representa esforço no sentido de aumentar a consciência das pessoas e grupos envolvidos a respeito do Acolhimento, com delineamento de ações concretas de curto ou médio prazo cujas transformações podem se difundir por meio do discurso, alterando as representações sociais daquele grupo e de outros em situações semelhantes (THIOLLENT; COLETTE, 2014).

No contexto atual, para além das atribuições já habituais anteriores à pandemia, soma-se nas unidades de atenção primária em saúde a responsabilidade pelo atendimento a pessoas com sin-

tomas respiratórios, monitoramento de sinais de alerta, rastreamento de contatos, testagem, vacinação e encaminhamento dos casos graves de COVID-19 à atenção secundária. Acredita-se que o Acolhimento tenha potencial para exercer a valiosa missão de agir no direcionamento de fluxos, controle e identificação de agravamento de doenças crônicas com aumento da resolutividade num momento em que o acesso ao serviço de saúde tem sido ainda mais crítico. Entretanto, os já conhecidos entraves como sobrecarga do profissional que acolhe, dificuldade em resolver o problema trazido pelo usuário diante da escassez de recursos humanos e materiais, atendimento centrado em limite de vagas ou senhas, dificuldade no compartilhamento das decisões em equipe tendem ao acirramento com elevado risco de agravamento de situações de agressividade mútua e retrocessos no sentido da postura acolhedora, além do risco de adoecimento do trabalhador que acolhe.

A melhoria do acolhimento passa por uma longa reflexão sobre os aspectos conceituais e éticos. Conceitualmente, seria útil discutir o acolhimento, levando em conta as problematizações que ocorrem em torno do care: significado do cuidado aos outros, sensibilidade ou subjetividade do profissional e a responsabilidade social (MOLINIER; LAUGIER; PAPERMAN, 2009).

Além disso, é preciso diferenciar o acolhimento em função dos tipos de doenças ou enfermidades, doenças infecciosas, doenças crônicas não infecciosas, envelhecimento e outras características das populações atendidas. O acolhimento deve ser, também, adaptado às diferentes categorias de usuários do serviço de saúde, para evitar exclusão ou facilitar o acesso dos mais vulneráveis (PINTO, 2018).

Esse tipo de reflexão fortalece a formação de profissionais que, segundo Pinto (2018, p. 323), é necessária às diversas categorias de profissionais envolvidos, inclusive gestores ou profissionais administrativos, para:

[...] saberem acolher, escutar, responder, acompanhar o doente e a sua família, no labirinto de uma unidade de saúde; para saberem dar informação com a qualidade técnica e humana imprescindível. A ausência destes critérios provoca exclusões emocionais completamente inaceitáveis.

Em nossa perspectiva, a metodologia da pesquisa-ação pode agilizar esse ciclo de reflexão, ação e formação, com desdobramentos técnicos e éticos adaptados ao acolhimento.

Nota-se que duas décadas depois houve poucos avanços em relação aos achados iniciais de investigação sobre Acolhimento, motivo pelo qual se acredita ter chegado o momento de reacender

suas energias adormecidas ou dar um passo à frente rumo à construção de novas diretrizes que superem os obstáculos apontados para seguir caminhando, mesmo que em um cenário adverso, rumo a serviços de saúde verdadeiramente acolhedores.

REFERÊNCIAS

AFFONSO, P. H. B.; BERNARDO, M. H. A vivência de profissionais do acolhimento em unidades básicas de saúde: uma acolhida desamparada. *Trab. Educ. Saúde*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-43, 2015.

ASSIS, M. M. A; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde : abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien. Saude Colet.*, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica. 27 jul. 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contrar-formulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BOUSQUAT, A. et al. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. *Revista USP*, São Paulo, n. 128, p. 13-26, jan./fev./mar. 2021. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/185393/171491>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012/ CNS/MS/CONEP. Diário Oficial da União. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de Saúde. 2. ed. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. 1. ed. Brasília, 2004.

COSTA, P. C. P; GARCIA, A. P. F. R; TOLEDO, V. P. Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 25, n. 1, e 4550015, 2016.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate.*, v. 39, n. 105, p. 514-524, 2015.

FORTUNA, C. M. et al. Embrace as an analyzer of the relationships between professionals, managers and users. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 51, e03258, 2017.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim-MG, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev. Panam. Salud Pública*, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.

MEDINA, M. G. et al. Atenção Primária à Saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad. Saúde Pública*, v. 36, n. 8, e00149720, 2020. Disponível em <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-36-08-e00149720.pdf>. Acesso em: 20 jun 2021.

MENDES, A. Os impasses dos direitos sociais trabalhistas e do financiamento da seguridade social e da saúde brasileira no capitalismo contemporâneo em crise. In: SOUZA, H. S.; MENDES, A. (orgs.). Trabalho & Saúde no capitalismo contemporâneo: enfermagem em foco. 1. ed. Rio de Janeiro: Doc Content, 2016. p. 15-43.

MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecno-assistencial em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Saúde em Debate*, v. 33, p. 83-89, 1991.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.

MOLINIER, P.; LAUGIER, S.; PAPERMAN, P. Qu'est-ce que le care? Paris: Éditions Payot & Rivages, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. 2005. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/dm/documents/Renovacao-Atencao-Primaria.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

PINHEIRO, R. Em defesa da vida: modelo do Sistema Único de Saúde de Volta Redonda. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v. 11, n. 2, p. 123-166, 2001.

PINTO, V. F. Saúde e inclusão. In: NEVES, M. C. P.; SOARES, J. Ética aplicada: saúde. Lisboa: Edições 70, 2018. p. 309-328.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Informática. População por faixa etária e sexo das áreas de abrangências dos CS e Distritos de Saúde – TabNet. 2021. Disponível em: <http://tabnet.campinas.sp.gov.br/dh?populacao/pop3.def>. Acesso em: 20 jun. 2021.

SILVA, E. M. et al. Acolhimento em CS de Campinas – SP: contribuições da Enfermagem nesse processo. *Prática Hospitalar*, Ano XIV, n. 81, p. 47-54, 2012.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasilia: Unesco, 2002.

STARFIELD, B. The hidden inequity in health care. *Int. J. Equity Health*, v. 10, n. 15, 2011. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-10-15>. Acesso em: 20 jun. 2021.

TAKEMOTO, M. L. S; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saude Pública*, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 3, p. 3615-24, 2010.

THIOLLENT, M.; COLETTE, M. M. Pesquisa-ação, formação de professores e diversidade. *Acta Sci. Human Soc. Sci.*, v. 36, n. 2, p. 207-216, 2014.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

THIOLLENT, M. Pesquisa-ação nas organizações. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

CAPÍTULO 7

POR UMA PRÁTICA PARTICIPATIVA E TRANSFORMADORA: O USO DA PESQUISA AÇÃO NA COMUNIDADE EM AMBIENTE HOSPITALAR

ALICE DE ANDRADE SANTOS

ALINY HENRI MOTTA COIFMAN

ARIANNA OLIVEIRA SANTANA LOPES

LARISSA CHAVES PEDREIRA

LUNA VITÓRIA CAJÉ MOURA

A pesquisa-ação (PA) é uma metodologia participativa que promove a produção do conhecimento a partir de um problema social, comum a um grupo. Possibilita modificação da realidade por meio da investigação, compreensão e intervenção dos próprios sujeitos em um ciclo de investigação e ação (THIOLLENT, 2011).

É um tipo de pesquisa que se aproxima da realidade dos indivíduos, permitindo a transformação dos envolvidos e afastando as respostas prontas e pré-estabelecidas por meio de hipóteses e espaços controlados (RIBEIRO, 2019). Assim, mobiliza as pessoas envolvidas para a construção de uma prática crítica e reflexiva, a ser utilizada por elas.

Criada em 1940 na Europa e Estados Unidos, fortaleceu-se no Brasil a partir dos anos 1970, quando os trabalhos de Paulo Freire ganharam notoriedade na área da educação (TOLEDO; JACOBI, 2013).

Historicamente se ancora em duas tradições: a do norte, mais pragmática, voltada à resolução de um problema de cunho prático, apresentando conteúdo, teorias e protocolos e desenvolvendo um paradigma para a forma padrão de agir, muito utilizada nos Esta-

dos Unidos, Canadá, Europa e Austrália (CORDEIRO; SOARES, 2018). E a da região sul, com um cunho mais político, explorando problemas sociais complexos que envolvem políticas e relações sociais, tendo a finalidade de proporcionar uma transformação social, estando presente em muitos estudos publicados na América Latina, especialmente no Brasil (CORDEIRO; SOARES, 2018).

No meio acadêmico, é vista como uma metodologia situada na interface entre o ensino, a pesquisa e a extensão, dando suporte a uma “ecologia dos saberes”, proporcionando a troca entre conhecimentos científicos e saberes sociais ou culturais (MONTEIRO, 2010).

Na enfermagem, tem sido responsável pela produção de conhecimentos, especialmente nas áreas de saúde coletiva, hospitalar, obstetrícia, psiquiatria e docência, desafiando os pesquisadores a compreenderem seus conceitos e aplicabilidade (FROTA; ALBUQUERQUE; LINARD, 2007; GRITTEM, 2007). O envolvimento dos enfermeiros nesse processo possibilita a solução de problemas rotineiros encontrados na prática profissional e a obtenção de diferentes conhecimentos significativos, transformadores da realidade (RAMALHO NETO; FONTES; NOBREGA, 2013).

Apresentamos a seguir os resultados de duas pesquisas em que foi utilizada a PA como metodologia, realizadas no programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia, sendo aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem.

1 A PA NOS ESPAÇOS COMUNITÁRIOS

A experiência relatada é recorte de uma tese de doutorado, que teve como objetivo geral: Articular, por meio de uma intervenção em uma comunidade do interior da Bahia, estratégias de apoio social e de saúde em rede para cuidadores informais domiciliares de pessoas idosas.

1.1 ESCOLHA DO LOCAL PARA A REALIZAÇÃO DA PA

A comunidade foi escolhida pela grande demanda de cuidadores domiciliares de pessoas idosas, em sua maioria sobre carregados e invisíveis em seus domicílios, inseridos numa comunidade com serviços de apoio precários e funcionando de forma desarticulada. Toda a pesquisa foi ancorada no referencial teórico e metodológico emancipatório de Paulo Freire (2011, 2014) e contou com uma equipe de graduandos de enfermagem para a logística.

1.2 PARTICIPANTES DA PA

O grupo de interesse foi formado por: profissionais de saúde (embora todos tenham sido convidados; a participação maior foi a dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS) das unidades

de saúde que atendiam a comunidade, cuidadores familiares de pessoas idosas moradoras na comunidade, voluntários e lideranças da comunidade.

Baseamo-nos na metodologia descrita por Thiolent (2011) e foi realizada de acordo com as etapas: sugiro citar todas as etapas, separadas por vírgula as quais são descritas a seguir:

Etapa 1: Diagnóstico prévio – Levantamento dos problemas e condições que favorecem as dificuldades vivenciadas em comunidade pelos cuidadores.

Nesta etapa, por meio de um diário de campo e instrumentos de coleta previamente elaborados, foram realizadas visitas na comunidade, acompanhadas dos ACS, a fim de atender aos objetivos de construção de diagnóstico prévio e levantamento de problemas.

Para o levantamento de problemas são necessários o envolvimento e a aproximação do investigador com a comunidade interessada. Logo, a aplicação de instrumentos semiestruturados específicos, rodas de conversa e participação em grupos e serviços na comunidade são ferramentas que auxiliam na aproximação dos participantes ao campo, em busca de um diagnóstico e mapeamento da realidade vivenciada. Esse processo de investigação exige dos envolvidos uma atitude de mobilização e exploração de toda informação que vai se tornando visível e disponível ao grupo.

Etapa 2: Diagnóstico compartilhado e planejamento – Nesta etapa foi realizada a apresentação e discussão do diagnóstico previamente identificado, seguida do planejamento das ações a serem desenvolvidas, visando à transformação da realidade e a resolução dos problemas encontrados a partir da reflexão, colaboração e construção coletiva.

Foram organizadas oficinas com encontros presenciais, quando ações foram construídas coletivamente. Entre elas, citamos: formação de um grupo de cuidadores, treinamento para os profissionais de saúde, visitas domiciliares personalizadas e articulação com o grupo religioso para o desenvolvimento de encontros em domicílio, totalizando 26 atividades desenvolvidas, 40 dias após a primeira etapa.

O planejamento das ações deve ser colaborativo e participativo. De posse do diagnóstico, os participantes analisam, refletem e discutem os problemas vivenciados, elaborando um plano de ação que conduzirá à etapa seguinte, de intervenção. Todos os participantes devem ter a oportunidade de colaborar com a construção do plano de ação a partir de seu ponto de vista e do seu envolvimento com o problema que se pretende resolver.

O plano de ação deve priorizar as ações a serem desenvolvidas, as quais também devem ser compatíveis com a capacidade do grupo, uma vez que algumas ações elencadas pela própria comunidade fogem de sua governabilidade e competência. Assim deve conter informações imprescindíveis como: atividade a ser desenvolvida; objetivo dessa ação; prazos incluindo datas, locais e horários e se possível; cronograma acompanhado do nome dos responsáveis pela condução, organização e registros. Os responsáveis devem ser selecionados pela própria comunidade de acordo com sua disponibilidade e envolvimento em todo processo.

Etapa 3: Intervenção – Desenvolvimento de ações comunitárias estabelecidas como prioritárias pelo grupo. Os encontros com o grupo de cuidadores ocorreram em espaços da própria comunidade, quinzenalmente, tendo duração máxima de uma hora, devido à dificuldade de se ausentarem do domicílio. Foram interativos, e os cuidadores compartilharam experiências de maneira breve, dinâmica e produtiva, com oportunidade de se posicionarem, relatarem os pontos positivos, angústias e limitações vivenciadas no cotidiano.

O treinamento dos profissionais de saúde foi desenvolvido em quatro reuniões com a participação unânime e frequente dos ACS. As reuniões aconteciam mensalmente no espaço da Unidade Básica de Saúde (UBS). A cada encontro, os profissionais compartilharam as adversidades enfrentadas pelos cuidadores, suas dúvidas e as dificuldades em desenvolver atividades para este público durante as visitas.

As visitas domiciliares eram semanais e agendadas previamente com o ACS que acompanhava, totalizando 12 encontros. O encontro era iniciado por meio de um diálogo com o cuidador, identificando dificuldades e problemas vivenciados na sua rotina de cuidados, seguido de orientações e sugestões oferecidas conforme as necessidades identificadas.

Na comunidade já havia um grupo religioso, porém não conhecia os interesses dos cuidadores. A realização da pesquisa promoveu a articulação entre o grupo religioso e os cuidadores que passaram a receber os encontros religiosos em seus domicílios.

Etapa 4: Avaliação – consiste na avaliação do impacto da intervenção que, neste caso, foi processual e final. A avaliação processual ocorreu de forma progressiva e gradual ao término de cada oficina ou atividade. Para a avaliação final e em curto prazo, foi estabelecido contato telefônico para identificação das transformações ocorridas a partir dos relatos dos participantes, seguindo um instrumento com perguntas abertas.

Na avaliação, é preciso observar pontos positivos e fatores que favoreceram a intervenção, bem como os entraves e as dificuldades vivenciadas. Implementar uma ação que se torne permanente após o afastamento da equipe de pesquisa envolvida é, sem dúvida, um dos indicadores mais importantes e que demonstram o sucesso total da PA na comunidade.

1.3 FATORES INTERVENIENTES NO USO DA METODOLOGIA

O desenvolvimento das etapas da PA exige um tempo maior de execução do que em uma pesquisa convencional, sendo um desafio para os pesquisadores, que se deparam com prazos a cumprir nos programas de pós-graduação. Logo, conhecer e estar inserido numa comunidade é uma estratégia importante a ser adotada.

Outro fator que pode dificultar a PA, é o mau planejamento, com ações e atividades incompatíveis à realidade dos participantes. Toda a PA deve ser minuciosamente construída, prevendo riscos e limitações que possam dificultar o desenvolvimento da intervenção.

Assim, todo processo de desenvolvimento da PA em comunidades deve se ater a uma organização sistematizada, colaborativa e interativa, tendo a participação dos envolvidos, valorizando o empenho e saberes de cada um em prol da transformação da realidade e solução dos problemas sociais.

2 A PA NO AMBIENTE HOSPITALAR

A partir do momento em que a pessoa idosa com suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) adentra a Unidade de Emergência (UE) hospitalar, seu itinerário terapêutico é encaminhado por profissionais de saúde; e a equipe de enfermagem detém um papel crucial e ativo em todas as etapas. Sugiro revisar o termo “itinerário terapêutico”, considerando que sua definição é “busca de cuidados terapêuticos e procura descrever e analisar práticas individuais e socioculturais em termos dos caminhos percorridos pelos indivíduos na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde” (GERHARDT, 2009).

A experiência em tela, recorte de uma dissertação de mestrado, trata de uma intervenção educativa por meio da PA com profissionais da enfermagem, que teve como objetivo geral: intervir, junto à equipe de enfermagem, em práticas que tornem o manejo e o encaminhamento de pessoas idosas com suspeita ou acometidas por AVC mais efetivo na UE.

2.1 ESCOLHA DO LOCAL PARA A REALIZAÇÃO DA PA

Foi realizada na UE do Hospital Geral (HG), situado na cidade de Salvador-Ba, referência estadual para o atendimento de pessoas com suspeita ou confirmados de AVC, sendo integrante na linha do cuidado ao AVC (BRASIL, 2012).

2.2 PARTICIPANTES DA PA

Participaram profissionais da equipe de enfermagem que atendessem aos critérios: atuar na UE e Unidade de Acidente Vascular Cerebral (U-AVC) e estivessem em pelo menos duas das oficinas pedagógicas.

O convite ocorreu por meio de envio de carta-convite aos profissionais atuantes na UE e U-AVC, de forma impressa, por *e-mail* e via aplicativo de celular, cujos contatos foram disponibilizados pela coordenação de enfermagem. A carta-convite continha o projeto de pesquisa, o método a ser utilizado, esclarecia a forma de participação durante as oficinas e os critérios para participar. Uma via foi também fixada em cada sala da UE.

2.3 EXECUÇÃO DA PA

Para a execução da PA, foram planejadas três etapas: diagnóstico, planejamento e avaliação.

A **etapa diagnóstica**, conhecida como exploratória (THIOLLENT, 2011), consistiu em dois momentos importantes.

No primeiro momento houve o contato com o HG e seus profissionais gestores (diretoria de enfermagem e coordenação da UE) para apresentação do projeto, por meio de uma reunião, onde os gestores pontuaram sua satisfação em colaborar com a pesquisa, viabilizando espaço físico e liberação de carga horária aos participantes.

No segundo momento houve uma observação guiada por roteiro pré-confeccionado, objetivando compreender a dinâmica da UE, o manejo e o encaminhamento pela equipe de enfermagem de pessoas idosas com suspeita ou acometidas pelo AVC.

A **etapa de planejamento** ocorreu em todo o processo da PA. Foi iniciada no primeiro encontro com os gestores do HG e, posteriormente, durante a modelagem dos momentos que ocorriam em cada oficina e atividade posterior, incluindo o planejamento coletivo e a implementação das ações.

A **etapa de avaliação** ocorreu de forma contínua, pois ao final de cada oficina houve uma avaliação imediata com instrumento próprio, de modo que as participantes demonstrassem o que

consideravam sobre a oficina do dia e o que deveria constar nas próximas. E no final de todo o processo, com avaliação dos resultados, ou seja, do impacto das ações na unidade a curto, médio e longo prazo e nos profissionais envolvidos.

3 EXECUÇÃO DAS OFICINAS DA PA

Para cumprir as etapas de planejamento e avaliação, foram organizadas seis oficinas pedagógicas com o grupo, descritas a seguir. A marcação das datas foi organizada em pactuação com a coordenação da unidade, visando atingir um maior número de pessoas. Todas as oficinas ocorreram no prédio anexo ao HG, foram gravadas e registradas em diário de campo. O planejamento das oficinas contou com um grupo de sete pessoas, que pensaram e organizaram a logística para cada momento. A pesquisadora foi a mediadora e os demais se organizaram para receber as pessoas, distribuírem o TCLE e o formulário com dados gerais de caracterização, circular durante os encontros para qualquer necessidade, realizar gravação e observar e anotar comportamentos do grupo.

As profissionais participantes foram identificadas por cores, recebendo um crachá com a identificação e orientadas a dizer a sua cor antes de tomar a fala, para possibilitar sua identificação na gravação.

A organização das oficinas seguiu a referência de Paviani e Fontana (2009).

3.1 OFICINA 1 – OFICINA TESTE

A primeira oficina pedagógica foi intitulada “Entendendo o manejo e encaminhamento da pessoa idosa com suspeita de AVC na UE, após o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR).” Contou com a participação de duas profissionais, uma técnica de enfermagem e uma enfermeira, com duração de três horas. Teve como finalidade estabelecer vínculo e compromisso entre pesquisadores e participantes, identificar os saberes dos profissionais de enfermagem sobre a detecção dos sinais e sintomas do AVC, manejo e encaminhamento da pessoa idosa com suspeita deste agravo e identificar como ocorrem estas atividades na UE.

Mesmo com a baixa adesão inicial, o momento culminou na construção de um fluxograma, exemplificando como ocorre o encaminhamento de pessoas idosas com suspeita de AVC na UE e quais são as práticas de enfermagem no manejo destes pacientes em cada etapa do fluxograma, ajudando a compor o diagnóstico da situação.

A quantidade intimista dos participantes provocou a discussão de estratégias mais atrativas para os profissionais nas oficinas subsequentes. Assim, foram elaborados meios de estimular a participação das pessoas com intensificação da divulgação, sorteio de brindes relacionados à assistência de enfermagem e a solicitação de divulgação boca a boca.

Após o término de cada oficina, eram realizados momentos de descontração com roda de conversa com especialistas - entre eles, neurologistas atuantes nas unidades - além de sessões de alongamento com fisioterapeuta, entrega de brindes e coffee break. Tais estratégias foram importantes, visto que os profissionais saíam do serviço diretamente para participar das oficinas, geralmente, cansados do dia de trabalho.

3.2 OFICINA 2 – REPETIÇÃO DA OFICINA TESTE COM PARTICIPANTES DIFERENTES

Com os mesmos objetivos, roteiros e atividades da oficina 1 (teste), a Oficina 2 contou com a participação de sete profissionais, sendo seis enfermeiras e um técnico de enfermagem, com duração média de três horas.

Diferente do encontro anterior, a quantidade de participantes recebida foi igual à planejada, mediante o envio dos convites, sendo perceptível o interesse e euforia dos participantes. Desse modo, foi apresentado um caso clínico para discussão, já planejado anteriormente.

Com a participação de mais pessoas, observou-se a necessidade de introduzir um novo elemento para organizar as falas e discussões. Assim, para a terceira oficina, foi utilizada uma flor sintética, e os participantes foram instruídos a pegá-la quando quisessem se posicionar na discussão.

Ao término da apresentação e discussão do caso, deu-se início ao “momento mãos à obra”, que consistiu na repetição da atividade da oficina teste, ocorrendo a construção de um fluxograma, exemplificando como acontece o encaminhamento de pessoas idosas com suspeita de AVC na UE e quais são as práticas de enfermagem no manejo dessas pessoas em cada etapa do fluxograma. Posteriormente, iniciou-se um momento dialógico acerca dos achados na oficina anterior, seguido de confraternização final.

3.3 TERCEIRA OFICINA PEDAGÓGICA

Intitulada “Levantando as facilidades e dificuldades para o manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita de AVC na UE, após ACCR”, contou com a participação de uma técnica de enfermagem e quatro enfermeiros. Teve como finalidade: discutir os relatórios das

oficinas anteriores; descobrir os fatores intervenientes no manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita de AVC na UE e produzir um quadro com estes fatores, indicando a pessoa responsável direta ou indiretamente pela sua resolução.

Para isso, realizou-se uma dinâmica que consistiu em passar pelas mãos dos participantes uma caixa de presentes durante a escuta de uma música. À medida que a música parasse de tocar, o participante que estivesse com a caixa na mão poderia escolher entre aceitar o desafio que estava oculta na caixa ou continuar passando para seus colegas. A dinâmica acabaria quando alguém aceitasse o desafio.

Ao término da dinâmica, o que aceitou o desafio e abriu a caixa encontrou chocolates. O desafio consistia entre ficar com a caixa ou dividir os chocolates. Foi então feita a analogia de que, muitas vezes, eles enfrentariam desafios grandes ao decidir assumir práticas novas em seu campo assistencial, outros profissionais poderiam decidir não assumir esta responsabilidade e apenas repassar aos outros colegas, porém ao aceitar o desafio, o desfecho pode ser recompensador.

Em sequência, a mediadora explicou como aconteceram as oficinas anteriores e apresentou aos participantes um caso clínico anônimo, proveniente da fase de observação, iniciando as questões norteadoras: Há algum aspecto na detecção dos sinais e sintomas de AVC, monitorização e encaminhamento desta pessoa idosa que você possui dúvidas? Em caso afirmativo, qual?

Após esse momento, a leitura do caso foi retomada e quando finalizada, outra provocação foi feita com a questão norteadora: Quais são os fatores que você entende contribuir negativamente nesta UE para o manejo da pessoa idosa com suspeita de AVC?

Posteriormente à discussão, foi finalizado o momento de perguntas e iniciado o momento “mãos à obra”, quando cada participante recebeu uma folha em branco, onde deveriam pontuar os fatores que dificultavam ou contribuem para o manejo e encaminhamento da pessoa idosa na UE. As folhas eram depositadas em um painel interativo com envelopes identificados com desenho de um “emoji” triste para os fatores negativos e “emoji” feliz para os positivos.

Ao término, o momento dialógico acerca dos achados da oficina anterior foi iniciado, seguido da confraternização final.

3.4 QUARTA OFICINA PEDAGÓGICA

Intitulada “Planejando intervenções e práticas que tornem o manejo e encaminhamento de pessoas idosas com AVC mais efetivo na UE, após o ACCR”, contou com a participação de 11 profissionais, seis técnicos de enfermagem e cinco enfermeiros, com duração média de três ho-

ras. Os profissionais relataram comentários de que a pesquisa era interessante e o ambiente aco- lhedor e por isso se motivaram a participar. Teve como finalidade: discutir o relatório das oficinas 1 e 2; continuar o plano de ação, descrevendo-o e avaliar as estratégias estabelecidas na oficina.

A mediadora explicou como aconteceram as oficinas anteriores e apresentou o caso clínico, dando início ao momento das perguntas norteadoras: O que você acha que poderia ser feito para melhorar o manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita de AVC nesta UE? Como você, profissional de enfermagem desta UE, pode ajudar no manejo adequado de pessoas idosas com AVC? Como você, profissional de enfermagem desta UE, pode ajudar no encaminhamento adequado de pessoas idosas com AVC? As questões foram feitas separadamente.

Finalizada a discussão, iniciou-se o “momento mãos à obra”, quando os participantes foram divididos em dois grupos, para que cada grupo escrevesse na cartolina as intervenções possíveis para cada um dos fatores negativos apresentados na oficina anterior. Solicitou-se ainda que organizassem as ações para resolução em curto, médio ou longo prazo, tendo os respectivos responsáveis.

3.5 QUINTA OFICINA PEDAGÓGICA

Intitulada “Avaliando os resultados das oficinas e intervenções”, teve a participação de nove profissionais de enfermagem, sendo cinco enfermeiras e quatro técnicos de enfermagem, com duração média de três horas. Teve como finalidade discutir os relatórios das oficinas anteriores; avaliar o encaminhamento das atividades propostas nas oficinas; avaliar o impacto das oficinas na vida profissional e nas práticas assistenciais dos participantes e realizar o fechamento oficial dos encontros presenciais da PA com uma confraternização.

Conduzida por roteiro específico, a moderadora iniciou a exposição dialogada, apresentando as perguntas norteadoras para avaliação: A pesquisa trouxe alguma contribuição para vocês enquanto pessoas e profissionais? Se sim, qual, quais? A pesquisa trouxe alguma contribuição em sua forma de cuidar de pessoas idosas com suspeita de AVC na UE? Se sim, qual, quais? A pesquisa ocasionou melhorias nos fatores que interferiam ou interferem no manejo de pessoas idosas com suspeita AVC na UE? Se sim, quais?

Sequencialmente, foi apresentado e discutido o quadro de intervenções, proveniente dos

relatos dos participantes e da produção manual na oficina anterior. A partir daí, os profissionais receberam uma folha de papel ofício para responder as perguntas.

As ações planejadas para implementação em curto prazo foram quase todas efetivadas; poucas apresentaram limitações devido às demandas inerentes às instituições públicas de saúde.

Acerca de todo o processo experienciado, observou-se o desenvolvimento de competência à execução segura da metodologia e a certeza de contribuição para o estímulo do senso crítico e reflexivo dos participantes.

3.6 FATORES INTERVENIENTES NO USO DA METODOLOGIA

As principais limitações para o desenvolvimento das atividades foram: a superlotação das unidades, o déficit no dimensionamento do pessoal e a desmotivação de alguns profissionais por atraso nos salários. Essas situações dificultaram a participação efetiva dos profissionais; além do curto período para a visualização dos resultados de ações planejadas em médio e longo prazo.

Entretanto, tais limitações não influenciaram na qualidade dos dados, na coerência dos achados com as produções publicadas e, tampouco, na percepção da forma como a intervenção educativa impactou os profissionais de enfermagem.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As intervenções contribuíram prioritariamente para reflexão, troca de saberes, problematização e visibilidade das situações. Percebeu-se o impacto positivo de ambas as intervenções no grupo social trabalhado, principalmente impactos pessoais que modificaram a forma de essas pessoas enxergarem o problema objeto das investigações, despertando-lhes o papel social de multiplicadoras do conhecimento, disseminando as informações.

A parceria com o grupo e o local da pesquisa foi fundamental desde a apresentação da proposta até o término das intervenções, visto que contribuiu para a integração, acolhimento e continuidade no processo transformador.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012. Linha de cuidados em AVC. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html. Acesso em: 15 jun. 2021.

CORDEIRO, L.; SOARES, C. B. Action research in the healthcare field: a scoping review. *JBI Evidence Synthesis*, v. 16, n. 4, p. 1003-1047, 2018.

FREIRE, P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2014.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 50. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2011.

FROTA, M. A.; ALBUQUERQUE, C. M.; LINARD, A. G. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. *Texto & Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, p. 246-253, 2007.

GERHARDT, T. E. et al. Estrutura do projeto de pesquisa. *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GRITTEM, L. Sistematização da assistência perioperatória: uma tecnologia de enfermagem (Dissertação em Ciência da Saúde) – Universidade Federal do Paraná, 2007. Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oLucianaGrittem.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2021.

MONTEIRO, C. F. S. et al. Pesquisa-ação: contribuição para prática investigativa do enfermeiro. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, p. 167-174, 2010.

PAVIANI, N. M. S.; FONTANA, N. M. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. *Conjectura: filosofia e educação*, v. 14, n. 2, p. 77-88, 2009.

RAMALHO NETO, J. M.; FONTES, W. D.; NOBREGA, M. M. L. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 66, n. 4, p. 535-542, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2021.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez, 1985.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educ. Pesquisa*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, dez. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022005000300009>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance for Patient Safety. WHO Draft Guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. Geneva, 2005.

YU, A. et al. Patient safety 2030: NIHR Patient Safety Translational Research Centre at Imperial College London and Imperial College. Londres: NHS, 2016.

CAPÍTULO 8

PESQUISA-AÇÃO COMO ESTRATÉGIA METODOLÓGICA PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM

JHONATHAN LUCAS ARAUJO
CAMILA MEDEIROS CRUVINEL CUNHA
ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA
CÂNDIDA CANIÇALI PRIMO

1 INTRODUÇÃO

O processo de enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado de enfermagem e a documentação da prática profissional. Para sua implantação, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem n.º 358/2009 aponta a importância do uso de um suporte teórico (COFEN, 2009). No Brasil, o referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas (NHB) tem sido utilizado por várias instituições de saúde, devido à ênfase proporcionada pelas universidades e o pioneirismo de Wanda de Aguiar Horta nos estudos sobre o processo de enfermagem (BESERRA et al., 2018; HORTA, 2011).

Além de um referencial teórico – quando sustentado em classificações ou taxonomias –, o processo de enfermagem contribui para a melhoria da organização dos serviços (CRIVELARO et al., 2020). Há diversas taxonomias de suporte ao processo de enfermagem, sendo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (GARCIA, 2020) a terminologia padronizada que representa a enfermagem em âmbito mundial. Ela permite a ligação entre diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, o que

facilita a execução das etapas do processo de enfermagem na íntegra (GUIMARÃES et al., 2020).

A execução do processo de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um hospital universitário do sudeste brasileiro apresenta alguns pontos a serem aprimorados, haja vista que o instrumento para histórico e diagnóstico de enfermagem é extenso e pouco favorece o raciocínio diagnóstico do enfermeiro. Os diagnósticos de enfermagem sugeridos não contemplam todos os fenômenos a ela relacionados. Os indicadores empíricos que subsidiam a tomada de decisão quanto à presunção do diagnóstico não estão organizados conforme as NHB de Wanda Horta (HORTA, 2011), mesmo a instituição tendo adotado tal referencial teórico.

Sabe-se que a inclusão dos enfermeiros no trabalho de seleção e implantação de instrumentos para o processo de enfermagem influencia na sua utilização, o que propicia a mudança de comportamento necessária à sua aplicabilidade na prática profissional. Estratégias que alinham pensamento coletivo e construções grupais contribuem para consolidar o processo de enfermagem enquanto ferramenta assistencial (SILVA et al., 2020).

A fim de implementar e implantar o processo de enfermagem, é necessário que os indivíduos envolvidos nessa tarefa sejam conscientes do seu poder, assumindo e incorporando o processo na sua identidade profissional. Precisa-se enfrentar as dificuldades e ambiguidades com metodologias participativas, visando alcançar o potencial que o processo de enfermagem detém enquanto organizador e gerador de cuidados (BITENCOURT et al., 2020).

Por ser dinâmico, o processo de enfermagem necessita de interação entre os sujeitos para que seja efetivamente construído e implementado. Estratégias coletivas podem driblar a dificuldade de aceitação das mudanças, como reuniões de discussão, grupos de estudo e alinhamento de ações (SILVA et al., 2020).

Diante dessas reflexões e a partir de discussões coletivas, os enfermeiros da UTIN observaram a necessidade de adotarem uma estratégia para atualizar o processo de enfermagem, baseando-se em um referencial teórico e uma classificação relativos à área. Assim, nosso objetivo com esta pesquisa foi o de descrever o aprimoramento do processo de enfermagem por meio da pesquisa-ação.

2 MÉTODO

A metodologia de investigação utilizada foi a pesquisa-ação de aspecto qualitativa. Trata-se de uma estratégia que alia simultaneamente investigação e ação (ação-reflexão-ação), pretendendo transformar problemas e situações contemporâneos em condições mais proveitosas

(THIOLLENT; COLETTE, 2020).

A pesquisa foi desenvolvida na UTIN de um hospital universitário, em um estado da região sudeste do Brasil. Adotou-se, como critério de inclusão, ser enfermeiro da unidade e, critério de exclusão, ausência em dois ou mais encontros. A aproximação e convite aos participantes ocorreram por meio de abordagem oral e carta-convite. No total, 20 enfermeiros foram convidados e 11 aceitaram participar do estudo. Ressalta-se que um dos pesquisadores atua no campo há quatro anos como enfermeiro assistencial e possui experiência com o processo de enfermagem e a metodologia da pesquisa-ação.

A pesquisa aconteceu nos meses de janeiro a março de 2017, com a realização de quatro seminários, cujo objetivo foi discutir a problemática do processo de enfermagem na UTIN. Os encontros – intitulados “Raciocínio clínico para o processo de enfermagem” – foram gravados e transcritos para posterior análise. Aplicou-se, também, um questionário semiestruturado para identificar o perfil dos enfermeiros.

No primeiro seminário, foram apresentados, por meio de exposição dialogada, os seguintes conteúdos: a Resolução COFEN n.º 358/2009; o referencial teórico de Wanda de Aguiar Horta; a taxonomia da CIPE® e se debateu a influência desses conhecimentos na tomada de decisões do enfermeiro (COFEN, 2009; GARCIA, 2020; HORTA, 2011). Utilizou-se o processo de enfermagem em cinco etapas, conforme padronizado pela Resolução COFEN nº 358/2009 e pela instituição de saúde pesquisada. O primeiro encontro finalizou com a elaboração do plano de ação, visando à solução do problema, qual seja: aprimoramento do processo de enfermagem na UTIN.

No segundo, terceiro e quarto seminários, foram discutidos e reformulados os instrumentos de coleta de dados e diagnósticos de enfermagem e estruturado um instrumento com as intervenções de enfermagem. A partir do conhecimento prévio e reflexão dos enfermeiros durante os encontros e dos instrumentos do processo de enfermagem já existentes na unidade, organizaram-se os indicadores clínicos, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem relacionados ao recém-nascido internado na UTIN, baseados na taxonomia da CIPE® e na literatura científica da área de enfermagem neonatal.

Para a elaboração dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, utilizou-se a CIPE® versão 2017, seguindo as recomendações do Conselho Internacional de Enfermeiros e da norma ISO 18.104:2014 (GARCIA, 2020; ISO, 2014). A elaboração e seleção dos diagnósticos e intervenções de enfermagem foram realizadas de modo consensual. O pesquisador mediava a discussão com os participantes para inclusão, exclusão, modificação ou adequação dos componentes dos instru-

mentos, utilizando os critérios “Adequado”, “Parcialmente adequado” e “Inadequado”. No último encontro, os participantes avaliaram todas as atividades do plano de ação e materiais produzidos.

Os dados coletados durante os seminários foram gravados em sistema MP3 e posteriormente transcritos na íntegra. Identificou-se cada participante com a abreviatura da palavra enfermeiro (Enf.), seguida por uma letra na ordem em que ocorreu cada fala (Enf. A, Enf. B, Enf. C..., Enf. K). Os relatos oriundos dos seminários foram transcritos, lidos exaustivamente e submetidos à análise de conteúdo categorial, segundo Bardin, em suas três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2016).

No tratamento dos resultados, buscaram-se as classes e radicais de palavras que permitissem agrupar os conteúdos em núcleos de sentidos, formando a árvore de palavras e as relações entre elas (BARDIN, 2016).

Posteriormente, os dados foram interpretados segundo a Teoria das NHB de Wanda Horta (HORTA, 2011). A partir dessa análise, emergiram duas categorias empíricas: “O processo de enfermagem na UTIN” e “O uso do referencial de Horta na organização dos instrumentos de histórico, diagnóstico e intervenção de enfermagem em UTIN”.

O estudo seguiu os preceitos éticos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE n.º 57930016.0.0000.5060. Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo, Processo n.º 80641440.

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 11 enfermeiros, com média de idade de 30,9 anos, sendo 10 do sexo feminino e 1 masculino. Quanto à formação profissional, uma enfermeira possuía mestrado e os demais especialização em neonatologia ou terapia intensiva pediátrica e neonatal. Foram realizados quatro encontros com duração de duas horas cada e média de participação de sete enfermeiros por encontro.

3.1 O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA UTIN

Nessa categoria, ficou estabelecido que há diferenças entre os conceitos. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é vista como uma atribuição geral, enquanto o processo de enfermagem é mais específico; no entanto, esses conceitos não estavam claros para todos os participantes. Segundo os enfermeiros, a SAE implicava o suporte necessário para a execução da

assistência de enfermagem – metodologia organizativa –, ao passo que o processo de enfermagem norteava a assistência.

Sinceramente, eu ainda tenho um pouco de dúvida, pois muitas pessoas falam SAE, outras já falam processo de enfermagem (Enf. B).

É diferente, só que é muito confuso. O processo de enfermagem organiza (Enf. C).

O processo de enfermagem são as etapas que você aplica, é o que norteia sua assistência [...] a SAE é todo o trabalho do enfermeiro, é tudo que o enfermeiro e a enfermagem fazem, o processo está dentro da SAE (Enf. J).

SAE é uma metodologia que organiza a enfermagem, a parte das escalas, dimensionamento de pessoal, gestão dos equipamentos, materiais, tudo isso é sistematizar a assistência de enfermagem, é o suporte para que a assistência funcione (Enf. F).

Conforme o relato dos enfermeiros, na UTIN apenas algumas etapas do processo de enfermagem eram executadas e eles consideravam o processo incompleto. Realizava-se o histórico de enfermagem por meio do instrumento disponível no setor. A implementação, descrita como prescrição de enfermagem, não considerava como foco de ação os diagnósticos de enfermagem, pois essa etapa não era realizada. A avaliação, enquanto etapa do processo, falhava em verificar as respostas dos pacientes aos cuidados prestados.

Não temos o processo, temos algumas etapas em andamento. Temos o histórico de enfermagem, que é a coleta de dados e implementação. Depois fazemos a evolução (Enf. C).

Não se faz todo o processo aqui, mas a gente faz uma observação, uma coleta de dados, um planejamento de ações, temos a prescrição de enfermagem (Enf. H).

Além disso, nossa prescrição não está alinhada a diagnósticos de enfermagem (Enf. E).

A execução do processo de enfermagem era fragmentada. O enfermeiro do plantão diurno, inicialmente, realizava as etapas de histórico e de diagnóstico de enfermagem, enquanto o enfermeiro do plantão noturno fazia o planejamento das intervenções que seriam realizadas no dia seguinte. A implementação dos cuidados ficava sob a responsabilidade da equipe diurna, fato que gerava descontinuidade da assistência, pois o enfermeiro que coletava os dados, examinava o cliente e realizava os cuidados era diferente daquele que prescrevia os cuidados. “Quando você examina o paciente, isso te dá um embasamento para montar a prescrição, você que vai ver a necessidade de cuidado da criança” (Enf. H).

Anteriormente, no histórico de enfermagem, havia indicadores clínicos em algumas NHB pouco relevantes ao cuidado neonatal intensivo, podendo ser suprimidos do instrumento. Observou-se

que o instrumento utilizado era longo e fazia com que os enfermeiros perdessem o foco sobre os fenômenos prioritários e específicos para a assistência. “Alguns aspectos não são aplicáveis ao recém-nascido; a parte da questão espiritual, por exemplo [...] está sempre em branco, aqueles diagnósticos que estão lá, a gente nem conhece” (Enf. D).

3.2 O USO DO REFERENCIAL DE HORTA NA ORGANIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE HISTÓRICO, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM UTIN

De acordo com os enfermeiros, a teoria das NHB era aplicada nas instituições hospitalares do estado e adequada para o estabelecimento do processo de enfermagem devido ao seu reconhecimento e aplicabilidade relativamente fácil. Durante os encontros, foram discutidos os conceitos, proposições e princípios da teoria.

Eu acho a teoria de Horta boa, na verdade é uma teoria que estamos acostumados a usar, é prática, comparada com as outras (Enf. D).

As necessidades alteradas que vão nortear a nossa coleta de dados (Enf. E).

Depois da discussão das questões conceituais, foram selecionadas as NHB prioritárias para a assistência de enfermagem ao recém-nascido internado em uma UTIN.

Priorizaram-se as seguintes necessidades psicobiológicas: regulação neurológica; atividade física; sono e repouso; percepção dos órgãos dos sentidos; oxigenação; regulação térmica, vascular, imunológica, hormonal e eletrolítica; hidratação; alimentação; eliminação; segurança física; cuidado corporal e integridade física. Segurança emocional, amor, aceitação, gregária e comunicação foram as necessidades psicossociais incluídas no instrumento de coleta de dados.

Anteriormente, a NHB de sexualidade estava presente no instrumento e incluía a avaliação da genitália e das mamas do recém-nascido, para identificar anormalidades anatômicas, edema e fluidos corporais. Tal necessidade foi excluída e realocada dentro das avaliações de integridade física e cuidado corporal.

Foram elaborados e selecionados por consenso, pelos 11 enfermeiros, 36 diagnósticos e 160 intervenções de enfermagem. Reformularam-se os instrumentos de histórico, diagnóstico e intervenções de enfermagem de maneira coletiva e participativa, reduzidas de cinco para três páginas. Durante os seminários, elaboraram-se as 160 intervenções de enfermagem relevantes e factíveis.

No último encontro, as ações propostas e os referidos instrumentos foram avaliados por todos os participantes, os quais consideraram adequados.

4 DISCUSSÃO

A atualização do processo de enfermagem na UTIN ocorreu pela reformulação do histórico e construção dos instrumentos de diagnóstico e intervenções de enfermagem, fato possibilitado por meio dos seminários da pesquisa-ação. Enfermeiros avaliaram que a participação em grupos de estudos é uma estratégia eficaz para aprenderem e reforçarem seus conhecimentos, além de buscarem autonomia profissional (SANTOS et al., 2020).

Os enfermeiros ainda apresentavam dúvidas e incertezas em relação às questões conceituais referentes à SAE e ao Processo de Enfermagem. Mesmo após a publicação da Resolução COFEN n.º 358/2009, os estudos ainda apontam falhas no processo de formação e preparo dos profissionais – tanto na graduação como pós-graduação –, bem como falta de conhecimento ou experiência acerca das diferentes etapas do processo e uso equivocado dos termos SAE e processo de enfermagem em artigos científicos como um todo (MENESES et al., 2019; SOUSA et al., 2020), com etapas interdependentes, recorrentes e concomitantes (COFEN, 2009).

O desenvolvimento de competência para a execução do processo de enfermagem deve envolver o pensamento crítico do profissional por ele responsável. Os enfermeiros precisam refletir para reconhecerem suas dificuldades e necessidades de aprimoramento, com o objetivo de tornar o processo de enfermagem relevante. A viabilidade do processo está ancorada na construção de um pensamento de pertença entre os enfermeiros, empoderamento e valorização, de forma que a sua execução faça parte do conjunto de atribuições diárias do enfermeiro assistencial (BONFADA; PINNO; CAMPONOGARA, 2018; CRIVELARO et al., 2020; SANTOS et al., 2020).

A fim de permitir que o processo de enfermagem seja congruente com os objetivos dos enfermeiros da instituição, deve recorrer-se a referenciais teóricos capazes de sustentar o fazer e agir em enfermagem. Assim, o referencial e a organização das NHB de Wanda Horta (HORTA, 2011) foram componentes-chave para a execução do processo com excelência.

Quanto à reorganização dos instrumentos de coleta de dados e diagnóstico de enfermagem, os enfermeiros agruparam algumas NHB, já que o recém-nascido apresenta atividade motora, estados de alerta e tônus muscular relacionados com a idade gestacional e consequente maturidade neurológica. Desse modo, a avaliação da atividade física foi atrelada à necessidade de regulação

neurológica e de sono e repouso (SPITTLE, 2018). Pautou-se o agrupamento das necessidades de hidratação e eliminação nas considerações de Horta (HORTA, 2011), sobre as inter-relações mais estreitas entre algumas NHB e na prática do enfermeiro, em relação à avaliação de enfermagem. Estudiosos têm agrupado as necessidades de hidratação e eliminação urinária, com o objetivo de estabelecer um senso de lógica na avaliação clínica do enfermeiro (HORTA, 2011) e, assim, proporcionar a elaboração de metas e intervenções de enfermagem resolutivas e assertivas.

Por fim, a necessidade psicossocial elencada para a avaliação do recém-nascido englobou tanto necessidades próprias, quanto da família. Segurança emocional, amor e aceitação, gregária e comunicação fornecem dados importantes à avaliação global das relações bebê-família. O estabelecimento de vínculo pais-filho permite o desenvolvimento neurocomportamental do bebê. Possibilitar toques, carícias, fala, canto e empoderar os pais no cuidado do recém-nascido, durante a internação hospitalar, oportuniza a alta com preparo, segurança e competência (SCHAEFER; DONELLI, 2017).

Quanto ao uso das classificações de enfermagem, deve considerar-se que Horta (2011) destacou, à época, que os diagnósticos de enfermagem – função específica do enfermeiro – eram vagos e imprecisos, sendo objeto de pesquisas e discussões devido à sua complexidade. Desde então, muito se tem avançado no estudo das classificações relacionadas a algumas fases do processo de enfermagem, de modo que possibilitam agilidade no registro, uniformização da linguagem, comunicação e autonomia dos enfermeiros para a prática profissional centrada em científicidade (CRIVELARO et al., 2020; GARCIA, 2020). A CIPE® é uma terminologia internacional, com linguagem padronizada e que visa descrever os fenômenos de interesse para a enfermagem (GARCIA, 2020; GUIMARÃES et al., 2020).

Destaca-se que o referencial metodológico da pesquisa-ação possibilitou a discussão coletiva para atualizar o processo de enfermagem, pois esse tipo de pesquisa permite descrever os saberes e práticas em uso cotidiano, oportunizando o levantamento da realidade. A partir do diálogo, internalização, associação e contextualização, promove as mudanças organizacionais necessárias na implantação do plano de ação (THIOLLENT; COLETTE, 2020).

Ao participarem de discussões sobre o processo de trabalho da enfermagem, mudanças e aprimoramento dos instrumentos práticos, os enfermeiros foram capazes de incorporar suas próprias ideias à realidade cotidiana – que é propriedade de todos – com consistência, legitimidade e relevância do material. Assim, sanou-se uma problemática de trabalho por meio de discussão e construção coletiva.

Os enfermeiros capacitados podem desempenhar um papel estratégico na instituição, atuando como multiplicadores dos conhecimentos aprofundados nos seminários, pois a necessidade de estudos sobre essa temática é permanente.

Como limitações do estudo, apontam-se os seguintes fatos: nem todos os enfermeiros do setor puderam participar da construção conjunta dos instrumentos devido à falta de disponibilidade de horários e conflito com outros vínculos empregatícios; e a necessidade de validação junto a enfermeiros de outros serviços de neonatologia, a fim de ampliar os olhares e o contexto de uso dos instrumentos.

5 CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A atualização dos instrumentos de coleta de dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem, à luz do referencial teórico de Horta e da classificação CIPE®, permitiu torná-los representativos da realidade institucional, fortalecer cientificamente a prática profissional e dar visibilidade ao trabalho da enfermagem.

Por meio dos seminários da pesquisa-ação, os enfermeiros foram capazes de refletir e discutir coletivamente sobre os problemas e entraves do processo de enfermagem, culminando com a implantação e utilização cotidiana dos instrumentos atualizados. De posse de conhecimentos e instrumentos facilitadores para a construção de um processo de enfermagem concernente à realidade e pautado em referenciais teóricos, a pesquisa-ação propiciou o avanço de um contexto pouco representativo e frágil em conteúdo para outra concisa, objetiva, dinâmica e utilizada por todos. Como implicações para a prática, os instrumentos atualizados coletivamente foram incorporados ao serviço e podem encorajar os enfermeiros na execução do processo de enfermagem enquanto atividade que imprime significado, identidade, autonomia e empoderamento à profissão.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.

BESERRA, P. J. F. et al. Scientific production of the International Classification for Nursing Practice: a bibliometric study. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 71, n. 6, p. 2860-2868, 2018.

BITENCOURT, J. V. O. V. et al. Auditoria: uma tecnologia de gestão para qualificação do processo de enfermagem. *Rev. Baiana Enferm.*, v. 34, 2020.

BONFADA, M. S.; PINNO, C.; CAMPONOGARA, S. Potentialities and limits of nursing autonomy in a hospital environment. *J. Nurs. UFPE*, v. 12, n. 8, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem–SAE nas instituições de saúde brasileiras. Brasília, 2009.

CRIVELARO, P. M. S. et al. O processo de enfermagem e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): potencialidades na atenção primária. *Braz. J. Development*, v. 6, n. 7, p. 54085-54101, 2020.

GARCIA, T. R. et al. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE: Versão 2019/2020. Artmed Editora, 2020.

GUIMARÃES, J. O. et al. Panorama do processo de enfermagem no Brasil. *Rev. Enferm. Atual Derme*, v. 94, n. 32, 2020.

HORTA, W. A. Processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO). ISO 18104: health informatics: categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems. Genebra: ISO; 2014.

MENESES, A. R. C. et al. Dificuldades dos acadêmicos de enfermagem na aplicabilidade da sistematização da assistência de enfermagem. *Rev. pesqui. cuid. fundam.*, v. 11, n. 1, p. 181-185, 2019.

SANTOS, M. G. et al. Boas práticas de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: desenvolvendo o histórico de enfermagem. *Enferm. Foco*, v. 11, n. 1, p. 21-26, 2020.

SCHAEFER, M. P.; DONELLI, T. M. S. Intervenções facilitadoras do vínculo pais-bebês prematuros internados em UTIN: uma revisão sistemática. *Av. Psicol. Latinoam.*, v. 35, n. 2, p. 205-18, 2017.

SILVA, T. G. et al. Implantação do processo de enfermagem na saúde mental: pesquisa convergente-assistencial. *Rev Bras Enferm*, v. 73, 2020.

SOUZA, B. V. N. et al. Benefícios e limitações da sistematização da assistência de enfermagem na gestão em saúde/Benefits and restrictions of systematization of nursing assistance in health management. *J. Nurs and Health*, v. 10, n. 2, 2020.

SPITTLE, A. J. et al. Motor impairment trends in extremely preterm children: 1991–2005. *Pediatrics*, v. 141, n. 4, 2018.

THIOLLENT, M. J. M.; COLETTE, M. M. Pesquisa-ação, universidade e sociedade. *Revista Mbote*, v. 1, n. 1, p. 42-66, 2020.

CAPÍTULO 9

PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE NA INTERFACE SAÚDE E EDUCAÇÃO: ENSAIO DE PESQUISA-AÇÃO

MARIA VERACI OLIVEIRA QUEIROZ
EYSLER GONÇALVES MAIA BRASIL
FRANCISCO CLÉCIO DA SILVA DUTRA
EMANOEL AVELAR MUNIZ

1 INTRODUÇÃO

Para efetuar políticas de saúde do Brasil, incluindo a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), é necessária a consolidação de práticas voltadas para indivíduos e coletividades, em uma perspectiva de trabalho multidisciplinar, integrado e em redes, em ação articulada entre os diversos atores, em um determinado território, considerando as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2018).

Nesta mesma direção, tem-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens que apresenta como objetivo incorporar a atenção deste grupo populacional à estrutura e aos mecanismos da gestão, à rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) e às ações de sua rotina em todos os âmbitos (BRASIL, 2010). Define-se a adolescência como o período de dez a 19 anos de idade, marcado pelo rápido desenvolvimento, mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Nesta transição da infância para a vida adulta aumentam alguns condicionantes de riscos à saúde como o uso de drogas, gravidez precoce, violência, alimentação ina-

dequada, dentre outros (WHO, 2014).

Entende-se por juventude não apenas uma fase de passagem para a vida adulta, mas uma categoria existencial formada por pessoas que têm interesses diferentes segundo as desigualdades e as oportunidades que possuem. Os sujeitos trazem anseios de autonomia, emancipação e uma forma nova de ver e compreender o mundo e nele aportar sua singular contribuição (SOBRINHO et al., 2021).

Um local frequentemente ocupado pelos adolescentes e jovens é a escola, que possui um papel político de transmitir valores e crenças, além de ser um ambiente propício ao desenvolvimento de ações de promoção e educação em saúde; deve ser um ambiente potencializador para o desenvolvimento de um trabalho direcionado, sistematizado e permanente com os adolescentes (SILVA; BODSTEIN, 2016).

Enquanto a atenção primária pode propiciar ações de promoção da saúde ao adolescente na integração saúde e escola. O Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) é uma iniciativa interministerial, criada em 2003, com o objetivo de promover a saúde sexual e reprodutiva com vistas à redução das vulnerabilidades de adolescentes e jovens às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs/HIV/Aids), à gravidez não planejada e ao uso de psicoativos (RIBEIRO; RIBEIRO, 2015).

Foi lançado, mais recentemente e em vigência, o Programa Saúde na Escola (PSE), uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação com a finalidade de proporcionar formação integral aos estudantes por meio de projetos que articulem saúde e educação. Destacam-se os seguintes objetivos: promover a saúde e a cultura de paz, reforçar a prevenção de agravos à saúde e promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes (BRASIL, 2011).

Nesta pesquisa, que foca as ações intersetoriais nessa articulação interministerial, teve-se aproximação com a realidade empírica, visitando as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPs) e as escolas, no intuito de levantar as questões relacionadas ao tema em estudo. Dos encontros prévios e conversas informais, formularam-se questões investigativas junto aos participantes, trazendo as ações de promoção da saúde aos adolescentes com destaque ao PSE. Essa observação corrobora com os dados da pesquisa sobre ações de promoção da saúde ao adolescente na escola na visão dos profissionais de saúde das UAPs, quando apresentaram limites e dificuldades para realizarem estas atividades, integrando os setores da educação e da saúde (FONTENELE, 2015).

Desse modo, partimos dessa problemática e ao mesmo tempo, fundamentando-se nas diretrizes políticas que integram os setores envolvidos elaborando-se as questões de pesquisa, cujos

resultados vêm contribuir para além de um diagnóstico; teve a intenção de levantar as situações do cotidiano, envolvendo a promoção da saúde do adolescente e sistematizar as ações, visando desenvolver um ensaio de pesquisa-ação na proposta de integração saúde e escola, focando, essencialmente, as ações do PSE.

2 OBJETIVOS

Descrever as ações de promoção da saúde do adolescente, desenvolvidas pelos profissionais da saúde na integração com os profissionais da escola e elaborar um planejamento das principais ações de promoção da saúde ao adolescente, elencadas nos seminários de integração dos setores saúde e educação.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Estudo na abordagem qualitativa, pesquisa-ação, um tipo de pesquisa social de ação coletiva. Foi elaborado um planejamento antecipado, flexível, com suas etapas, incluindo a observação do campo empírico, procurando interagir com os informantes-chave para obter uma elaboração participativa. Assim desenvolvido, a pesquisa-ação concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual pesquisadores e participantes se envolveram ativamente (THIOLLENT, 2013). Ressalta ainda o autor que no campo da saúde e da educação, a pesquisa-ação é útil para elaborar planos e ações de capacitação dos profissionais de diversas formações e também para sensibilizar diferentes públicos acerca dos riscos à saúde e, juntamente com técnicos, auxiliar na tomada de decisões.

Thiollent (2013) apresenta em seus estudos etapas da pesquisa-ação, aqui descritas ao contexto desta investigação, tendo 12 etapas adaptadas.

1 – Fase Exploratória: diagnóstico da situação, dos problemas prioritários e de eventuais ações apreendidas na aproximação com o campo, observação e entrevistas A A com os participantes.

2 – Tema da Pesquisa: promoção da saúde do adolescente na integração saúde escola.

3 – Identificação dos problemas: a falta de diálogo e integração saúde e educação na implementação das ações de promoção da saúde ao adolescente.

4 – Lugar da teoria: constituiu-se da articulação com o referencial, a teoria da complexidade e fundamentos da promoção da saúde do adolescente na interface saúde e educação.

5 – Pressupostos: ações educativas com os adolescentes na escola, integrando saúde e educação devem favorecer a autonomia destes sujeitos, assim como a promoção da saúde.

6 – Questões da pesquisa: como vem sendo abordada e desenvolvida as ações de promoção da saúde na escola na visão dos profissionais da educação e da saúde?

7 – Seminário: encontros e diálogos entre os atores da pesquisa (saúde e educação) com base em questões, problemas levantados; planejamento das ações com vistas à promoção da saúde do adolescente.

8 – Campo- amostragem- representatividade: escolhidos intencionalmente, observando os pressupostos da pesquisa qualitativa.

Participaram do estudo 39 profissionais, sendo 17 da saúde (dois médicos, seis enfermeiros, cinco dentistas e quatro gestores) e 22 profissionais da educação (14 professores e seis gestores). Na seleção dos participantes, foram definidos critérios, conforme as características de cada setor. Profissionais da saúde: desenvolver cuidados ou ações de promoção da saúde com adolescentes e tempo mínimo de seis meses na equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF). Os participantes da escola foram os que estavam envolvidos diretamente no processo de educação dos adolescentes ou que participaram do planejamento da escola e atuando há, no mínimo, seis meses na escola. Optou-se por uma amostra qualitativa intencional, selecionando sujeitos que pudessem contribuir com informações sobre o objeto nas suas múltiplas dimensões.

9 – Coleta de dados: informações diretas no campo com planejamento prévio, buscando responder as questões e problemas relacionados à promoção da saúde do adolescente na escola.

Iniciou-se na fase exploratória na investigação, colhendo dados por meio da observação livre e entrevista semiestruturada, aplicada individualmente. Estas informações foram divulgadas antes da realização dos seminários, permitindo situar os participantes das percepções individuais e promover insights que facilitaram o planejamento e a elaboração do seminário, definindo as temáticas para discussão. No seminário utilizou-se rodas de conversa, favorecendo o diálogo entre os participantes.

10 – Seminário: com o objetivo de examinar, discutir e tomar decisões acerca da investigação, definir ações e coordenar as atividades dos grupos. O seminário ocorreu por meio de encontros previamente organizados, teve roda de conversa, debates e sugestões para o planejamento integrado, elencando-se ações configuradas na promoção da saúde dos adolescentes no ambiente da escola. Neste planejamento observamos prioridades, recursos instrumentais e distribuição temporal – a curto e médio prazo.

Descrição das etapas do primeiro seminário. A) **O Primeiro Encontro:** Apresentação das pesquisadoras, da pesquisa, dos participantes e dos principais resultados do estudo (utilizando apresentação em PowerPoint®); B) **Formação de dois grupos de trabalho e entrega da proposta de trabalho:** uma planilha em papel ofício contemplando: objetivo, ações, quando, quem, metodologia, local e duração (descritos nos resultados); C) **Explicações da atividade para cada grupo:** (preenchimento da planilha) e depois transcrição para o papel madeira; D) **Apresentação e discussão dos grupos** acerca do planejamento, em consonância com os diagnósticos identificados.

O **segundo seminário** foi realizado em maio de 2016, pela manhã, na escola B, e estava programado para continuar no período da tarde na UAP B do respectivo território, conforme planejado, mas, neste local, não foi efetivado porque os profissionais não compareceram. Nesse encontro foi apresentada a proposta do plano de ações, com interação e diálogo entre os dois setores, no intuito de definir prioridades e complementar as ações propostas.

11 – Aprendizagem: a investigação envolveu a produção de informações, tomada de decisões, supondo uma capacidade de aprendizagem dos participantes. O campo estimulou esses momentos, oportunizando discussões e pactuações.

12 – Saber formal e saber informal: teve-se a intenção de, através da pesquisa, melhorar a comunicação entre os universos culturais, tanto dos participantes como dos pesquisadores. Houve interações entre o saber prático e o teórico, que se fundiram na construção de novos conhecimentos.

Assim, foi planejada e efetivada a pesquisa, observando a relação entre conhecimento e ação, entendendo que é preciso “conhecer para agir” e “conhecer para fazer” (THIOLLENT, 2013). Pelo exposto, o método de pesquisa-ação envolveu uma espiral de ciclos autorreflexivos: planejamento de uma mudança; ação e observação do processo e das consequências dessa mudança; reflexão sobre esses processos e suas repercussões e o replanejamento (KEMMIS; WILKINSON, 2011). Intentamos no seminário, durante a pesquisa, a elaboração deste processo inicial de planejamento, envolvendo os agentes sociais, reflexão da prática em curso e a necessidade de mudança para implementar as ações de promoção da saúde de maneira integrada e participativa.

4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Trazendo para este ensaio somente os diálogos ocorridos durante os seminários, analisados qualitativamente, seguindo os procedimentos de identificação, codificação e categorização (FLICK, 2009) Os resultados preliminares das entrevistas, analisados nesta mesma técnica foram apre-

sentados aos participantes da pesquisa na ocasião do seminário, fase decisiva da pesquisa-ação, que norteou a equipe da ESF sobre as ações prioritárias de promoção da saúde ao adolescente na escola.

O estudo seguiu as recomendações para pesquisa com seres humanos, e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará com registro no CAAE 30763213.7.0000.5534, anuênciça formal dos participantes com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Respeitamos o anonimato dos participantes nas conversas grupais, nos encontros do seminário, sendo atribuídas as letras A para os discursos dos profissionais da saúde, a B para os da educação e a P para as pesquisadoras.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 (DES)ENCONTROS NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE COM ADOLESCENTES ESCOLARES: DIÁLOGOS NOS SEMINÁRIOS

Este espaço traz os debates oriundos dos seminários, fase operacional da pesquisa-ação, em que ocorreram as discussões coletivas sobre as ações de promoção da saúde ao adolescente e a busca de possíveis respostas às questões elencadas desde as reflexões iniciais. Assim, o debate coletivo entre pesquisadores e participantes retrata os (des)encontros nas ações de promoção da saúde do adolescente no ambiente escolar.

5.2 DEBATES E REFLEXÕES DAS QUESTÕES SUSCITADAS NO PRIMEIRO ENCONTRO

No primeiro encontro coletivo foram reapresentados os objetivos e os principais resultados da primeira etapa (entrevista individual), com as questões sobre o desenvolvimento das ações de promoção da saúde ao adolescente, as possibilidades e dificuldades. A partir dessas reflexões, elaborou-se o plano de ação integrando a visão dos participantes.

Seguidamente, foi abordada a relevância do estudo, envolvendo o adolescente, destacando a vulnerabilidade própria da faixa etária e a necessidade de estimular a promoção da saúde, integrando os dois setores. Nesse aspecto, o seminário configurou-se como relações complexas entre os agentes sociais da saúde e da educação, que manifestaram o caráter multidimensional deste objeto em análise. Esse fenômeno é explicado por Morin, Almeida e Carvalho (2013), ao expressar a ideia de que a constituição de um objeto interdisciplinar permite criar a troca, a cooperação e a

policompetência. As disciplinas podem estar em profunda interação para tentar conceber um objeto e um projeto.

As vantagens deste pensamento interdisciplinar nas ações de saúde com os adolescentes são ressaltadas pelo Ministério da Saúde, que reconhece os saberes das áreas de educação e de saúde, potencializam o desenvolvimento de ações na dimensão do cuidado à saúde, provocando efeitos no desenvolvimento saudável e protagonismo do educando e da comunidade onde vive (BRASIL, 2013). À medida em que os participantes se propunham a planejar e executar as ações coletivamente, permudaram saberes sobre as práticas pedagógicas para abordagem dos temas de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

A maior parte das questões suscitadas não convergiram com aquelas expressas nas entrevis-tas individuais, ratificando a preocupação coletiva com os problemas levantados. Os profissionais da saúde justificaram o distanciamento destas ações no ambiente da escola e ressaltaram ações programáticas pontuais, envolvendo vacinação, tratamento para verminose, ações de saúde bucal, acuidade visual e prevenção da gravidez precoce.

Estas ações são oportunidades para a integração dos setores implicados, visando melhorar a saúde dos adolescentes, seguindo as diretrizes do SUS e do PSE sobre a necessidade de adaptação da estrutura e dos mecanismos da gestão para que sejam incorporadas as ações de atenção integral a este público (BRASIL, 2010, 2011).

Salienta-se que o PSE é um programa, cujo desenvolvimento apresenta muitas fragilidades reconhecidas pelos participantes, pois poderia ser realizado continuamente e de modo planejado, mas ocorre apenas como está prescrito pelas instâncias superiores, que programam ações, confor-me suas conveniências. Estudo realizado em Sobral no Ceará mostrou esta dissonância também, constatando ainda que o planejamento das ações não se orienta pelas necessidades dos escolares e que há poucas oportunidades para que os agentes envolvidos interajam (DIAS et al., 2014).

Em contrapartida, nos debates também foram retomadas as condições facilitadoras das ações de saúde na escola, destacando-se a possibilidade de parceria, proximidade e acesso, interesse dos alunos em atividades extras e complementares, reconhecimento das necessidades desse trabalho pelos educadores que apoiam tais iniciativas. Ao efetuar estas reflexões foi constante o posicionamento demonstrando a incerteza da ação, mas também o desafio a ser enfrentado. Confirma-se no pensamento complexo que há dois meios de enfrentar a incerteza da ação: o primeiro é tomar consciência e efetuar a escolha refletida de uma decisão, e o segundo meio recorre à estratégia que deve prevalecer sobre o programa. Nesta ação examinam-se as certezas e as incertezas ao longo

do caminho (MORIN, 2011).

Com base no eixo teórico da complexidade que orientou o caminho desta pesquisa, ressaltamos que os desencontros nas ações de promoção da saúde do adolescente apontam para esta incerteza e estimulam a enfrentar as dificuldades como desafio possível de mudar a realidade. Nesta perspectiva, é preciso considerar as dificuldades de uma estratégia a serviço de uma finalidade complexa. A estratégia pode estabelecer compromissos. Não há respostas, no entanto é necessário ter um planejamento baseado no contexto para o seu desenvolvimento e a dialógica entre fins e meios (MORIN, 2011).

Assim, buscando concretizar a pesquisa-ação-reflexão, foi apresentado aos participantes o convite: E agora, vamos planejar? Quais as principais ações no contexto da promoção da saúde dos adolescentes na escola?

Realizou-se a orientação dos trabalhos, divisão dos subgrupos e entrega do material (papel madeira e canetas) e quadro sugestivo do plano de ação com os seguintes itens: questões e temas, objetivo, detalhamento das ações, quando e quem, metodologia, local e duração (Quadro 1). Assim os participantes organizaram o quadro, destacando as ações prioritárias no contexto da promoção da saúde do adolescente.

Quadro 1 – Plano de ação proposto pelos participantes da pesquisa. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016

Temas	Detalhamento das ações	Quando	Quem	Estratégias	Local
Sexualidade e prevenção da gravidez	Realizar encontros com os adolescentes de forma lúdica; Ações de promoção da saúde sexual e métodos contraceptivos.	2016 2017	Equipe multiprofissional – saúde e educação.	Metodologias ativas que envolvam o adolescente e estimule o protagonismo juvenil Teatro Rodas de conversa com as meninas e outro momento com os meninos Músicas	Escola

Temas	Detalhamento das ações	Quando	Quem	Estratégias	Local
Cultura de paz	Promover a cultura da paz entre os adolescentes com oficinas.	2016 2017	Professores e Comitê de combate à violência e cultura de paz.	Metodologias ativas Vídeos	Escola Centro Urbano de Cultura, Arte, Ciência e Esporte (CUCA)
Manifestações bucais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)	Realizar encontros com os adolescentes; explanar sobre os principais sinais e sintomas das ISTs em associação com as manifestações bucais.	2016 2017	Equipe multiprofissional – saúde e educação.	Metodologias ativas	Escola UAPs
Campanha contra o bullying	Envolver os adolescentes na campanha; Apresentar o conceito e as implicações do bullying.	2016 2017	Professores	Metodologias ativas	Escola CUCA
Saúde bucal	Realizar encontros com os adolescentes; Promoção da saúde bucal (escovação, utilização de aparelho ortodôntico, piercing).	2016 2017	Equipe multiprofissional – saúde e educação	Metodologias ativas Dinâmica de grupo	Escola
Saúde mental	Apresentar o conceito ampliado de saúde mental; Apresentar as principais temáticas: autolesão, violência, suicídio.	2016 2017	Professores	Metodologias ativas Rodas de conversa Vídeos	Escola

Dentre as temáticas sugeridas, a sexualidade e a prevenção da gravidez se expressaram como prioridades pela recorrência da gravidez, evidenciando-se a precocidade de atividade sexual sem os cuidados preventivos. Estudo sobre a intersetorialidade como estratégia para promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, mostra as ações realizadas em escolas para a promoção da saúde sexual e prevenção da gravidez na adolescência e a contribuição desse cuidado pelos pesquisadores. Contudo, os resultados indicam que grande parte das instituições realizam ações pontuais e não atingem as reais necessidades dessa população (HIGA et al., 2015).

Acredita-se que a redução das vulnerabilidades do adolescente envolverá estratégias de acompanhamento e orientação destes jovens por meio de atividades educativas num esforço coletivo, integrando saúde e educação, além da família.

5.3 REENCONTRO PARA REPLANEJAR E ATIVAR A PACTUAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

Neste encontro, teve-se a confirmação das temáticas pontuadas no plano de ação. Vale ressaltar que foi marcado por dificuldades na comunicação e em reunir o grupo de profissionais, tanto da escola como da saúde, haja vista que foram muitos contatos por telefone com o gerente de cada setor e, mesmo assim, poucos confirmaram. Insistimos no contato e marcamos uma data, mas com limites dos participantes, pois apresentaram as mesmas justificativas de ocupação em demandas dos serviços.

Esse momento ocorreu em forma de seminários profissionais em duas UAPs e em duas escolas, com participações de uma dentista, dois agentes comunitários de saúde (convidados), a gestora da saúde e uma coordenadora da escola, perfazendo o total de cinco participantes. Foi pactuado o plano de ação elaborado anteriormente, apresentado com algumas modificações, conforme exposto no Quadro 1. Recorremos à roda de conversa e a comunicação foi facilitada, proporcionando rediscussões do plano pactuado a ser efetivado com estratégias pensadas e decididas entre os setores saúde e educação.

Recortes das questões debatidas mostram as possibilidades de realização das ações de promoção da saúde aos adolescentes nas escolas e estratégias possíveis.

Com relação à prevenção da gravidez, é importante, nas rodas de conversa com os adolescentes, trazer vivências de outras garotas que foram mães na adolescência (A1).

Trabalhar com os adolescentes a dinâmica da árvore dos desejos. A sexualidade faz parte deles, mas é no sentido de evitar a gravidez precoce (A2).

Atentar para a continuidade do grupo de adolescentes, quem participa, tempo e local (B1).

O ideal para trabalhar com adolescentes seriam as atividades lúdicas, teatro, vídeos, usar a criatividade (B2).

Os profissionais da saúde relataram que as ações assistenciais são “entraves” para realizar qualquer atividade além do que é programado na UAP, mas outros motivos foram alegados. A gestora reconhece a dificuldade para a implementação do PSE pela reorganização dos processos de trabalho, incluindo o atendimento à demanda espontânea.

As ações realizadas nas escolas são pontuais, não há continuidade; há dificuldade na interação saúde e escola. Não há um planejamento integrado; não tem no calendário um dia para este planejamento (B2).

As demandas da UAPs foram centradas ainda na queixa-conduta (A3).

As unidades estão sem profissionais no NASF (A4).

Referem-se, principalmente, ao atendimento pela demanda espontânea da organização do serviço. Acrescentaram a indisponibilidade dos alunos para as atividades de educação em saúde, sendo importante a utilização de metodologias ativas na abordagem ao adolescente, favorecendo o protagonismo juvenil. Assim, a elaboração de estratégias críticas e artisticamente potentes para ações de caráter preventivo, direcionadas a adolescentes em situação de vulnerabilidade social, fomentam a promoção da saúde no ambiente escolar (PADRÃO et al., 2021). A experiência de educação entre pares permite o protagonismo juvenil na comunidade escolar e no território, valorizando a troca de experiências.

A utilização de metodologias ativas aumenta o potencial da ação educativa ao produzir melhorias no processo saúde ou doença, estimulando a construção e o redimensionamento de conceitos e significados sobre os fatores que interferem na própria saúde (PEDROSA et al., 2011). Com efeito, o PSE direciona as ações de promoção da saúde em âmbitos diferentes dos espaços de saúde por meio das equipes da ESF, adentrando na área educacional, integrando os setores saúde e educação.

O diálogo estimulou os participantes a inserirem temáticas e ações que envolvem a saúde mental no plano de ação, ressaltando-se que poderiam ser trabalhadas com os adolescentes na escola como a prevenção da violência com a promoção da cultura de paz, assim como a prevenção da autolesão e suicídio entre os adolescentes, tão real na atualidade. Foram discutidas algumas estratégias de ação e destaca-se a mediação da universidade em seu papel social com a continuidade destas iniciativas, destacada na fala do pesquisador.

A gente não faz nada só, temos que estar conjugando com outras profissões e universidades, temos dificuldades de, sozinhas, aplicar esta prática. O nosso compromisso é que na área da saúde da criança e do adolescente se continue dialogando com estes profissionais para melhorarmos a atenção à saúde (P1).

Neste sentido, Morin, Almeida e Carvalho (2013) sinalizam o quanto importante é a interdisciplinaridade, a junção de saberes, a coparticipação efetiva, fazer parte da gestão, e trazendo para a pesquisa, salientamos a interlocução das pessoas e das disciplinas para promover a saúde do adolescente escolar.

Após a discussão e pactuação do plano de ação, confirmou-se a dificuldade da participação e do diálogo entre os atores da educação e da saúde neste processo de construção multidisciplinar. Assim, foi realçado nas conversas:

Precisamos da presença da Educação, porque realmente é importante e o pessoal do distrito da Educação não veio (A4).

É um trabalho para a ação. Foi solicitado antes, mas precisávamos ouvir a educação e a saúde. Favorecer este encontro, este diálogo e planejamento. Compareceu somente a coordenadora, precisamos deste encontro com mais representantes (P1).

Só foram duas visitas da saúde na escola durante o ano, os cronogramas são fechados e diferentes – saúde e educação (P2).

O diálogo entre os participantes foi relevante, mas dos representantes da escola só compareceu a coordenadora que, ao final da apresentação, mostrou-se “desmotivada” com o projeto e com o envolvimento dos professores pela dificuldade de mudar as atividades programadas, mas afirmou que programando com antecedência, seria possível. As ações de promoção e prevenção de saúde nas escolas devem ser estimuladas e executadas com a participação ativa do adolescente para que ele assuma os cuidados à sua saúde. Ações efetivas e integradas têm maiores chances de colaborar com a saúde, desenvolvimento integral e formação da cidadania.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostram que os profissionais da saúde e da educação reconhecem a importância das ações de promoção da saúde nesta integração e, sobretudo, as que envolvem o PSE. Contudo, os profissionais da saúde relatam a prioridade nos atendimentos programados em detrimento destas ações, dificultando a implementação do programa e qualquer ação de saúde com o adolescente na escola. Destacaram, ainda, outras dificuldades como o desconhecimento do programa, a falta de interação dos setores, a ausência de planejamento das ações; também apontaram as possibilidades que são visualizadas por eles, como a aproximação territorial, o Programa Olhar Brasil desenvolvido nas escolas e a boa relação entre a gestão dos dois setores saúde e educação.

Ressaltam-se as dificuldades encontradas no seminário, pois foram projetados encontros coletivos e, logo nos primeiros contatos com os gestores, percebemos que seria difícil juntar um número significativo de profissionais das duas áreas, desenvolver debates e, ao mesmo tempo, obter dados que pudesse representar o problema estudado. Enfrentou-se tais desafios, partindo-se para entrevistas individuais e suas análises, cujos resultados foram apresentados nos seminários conduzidos, buscando favorecer pactuações e o planejamento das ações.

Assim, aponta-se como lacuna principal deste estudo, a escassa participação dos profissionais no seminário, o que acarretou a impossibilidade de ampliação dos debates. Destaca-se como fruto a abertura de negociações em futuros encontros por meio de seminários, tecendo uma parceria continuada, oportunidades de ampliar a interação das pesquisadoras e participantes da pesquisa e de pontuação das principais ações a serem realizadas nos anos seguintes à pesquisa na integração saúde e educação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Passo a Passo PSE: Programa Saúde na Escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Olhar Brasil. Folder explicativo. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/projeto_olhar_brasil.pdf. Acesso em: 25 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

DIAS, M. S. A. et al. Intersetorialidade e a estratégia saúde da família: tudo ou quase nada a ver? Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 11, p. 4371-82, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.11442014>. Acesso em: 31 ago. 2021.

FLICK, U. Introdução a pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed-Boorkman, 2009.

FONTENELE, A. P. R. C. Promoção da saúde do adolescente no Programa Saúde na Escola: atuação dos profissionais de saúde na atenção primária. Dissertação (Mestrado Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015.

HIGA, E. F. R. et al. A intersetorialidade como estratégia para promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Interface – Comunicação, Saúde, Educação [online], v. 19, suppl 1, p. 879-891, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0751>. Acesso em: 2 set. 2021.

KEMMIS, S.; WILKINSON, M. A pesquisa-ação participativa e o estudo da prática. In: DINIZ-PEREIRA, J. E.; ZEICHNER, K. M. (orgs.). A pesquisa na formação e no trabalho docente. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

MORIN, E.; ALMEIDA, M. C.; CARVALHO, E. A. Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

MORIN, E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: Cortez; Brasília: Unesco, 2011.

PADRÃO, M. R. A. V. et al. Educação entre pares: protagonismo juvenil na abordagem preventiva de álcool e outras drogas. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 7, p. 2759-2768, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.07322021>. Acesso em: 31 ago. 2021.

PEDROSA, I. L. et al. Uso de metodologias ativas na formação técnica do agente comunitário de saúde. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 319-332, jul./out. 2011.

RIBEIRO, M. S. S.; RIBEIRO, C. V. Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): elementos para avaliação de projetos sociais em Juazeiro, Bahia, Brasil. *Interface* (Botucatu) [online], v. 19, n. 53, p. 337-348, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0474>. Acesso em: 17 jan. 2016.

SILVA, C. S.; BODSTEIN, R. C. A. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 6, p. 1777-88, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08522016>. Acesso em: 30 ago. 2021.

SOBRINHO, A. et al. Condição juvenil na América Latina: demandas e enfrentamentos às iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 7, p. 2562, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08262021>. Acesso em: 30 ago. 2021.

THIOLLENT, M. Fundamentos e desafios da pesquisa-ação: contribuições na produção de conhecimentos interdisciplinares. In: TOLEDO, R. F.; JACOBI, P. R. (orgs.). *A pesquisa-ação na interface da Educação, Saúde e Ambiente. Princípios, desafios e experiências interdisciplinares*. São Paulo: Anna-Blume; Fapesp, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global status report on noncommunicable diseases 2014: attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility*. Geneva: WHO, 2014.

CAPÍTULO 10

PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL E A PRODUÇÃO TECNOLÓGICA DESENVOLVIMENTAL PARA O NEONATO PREMATURO

KAROLINE PETRÍCIO MARTINS
MÁRCIA HELENA DE SOUZA FREIRE

1 INTRODUÇÃO

A taxa de nascimento prematuro no Brasil (11,6%) é quase duas vezes maior quando comparada a dos países europeus (INQUÉRITO..., 2016), determinante para desfechos desfavoráveis, devido à imaturidade fisiológica e metabólica que os vulnerabiliza. Os neonatos prematuros apresentam particularidades anátomo-fisiológicas, quando comparados aos a termo, que se associam a 4,6 vezes maior morbimortalidade (FERREIRA; SILVA; MACIEL, 2018; PAULOS; WINCKLER, 2015).

É evidente, assim, a necessidade de ambiente apropriado para o cuidado, com equipe especializada, munida de recursos tecnológicos que promovam ambiente de recuperação e continuidade do desenvolvimento do prematuro. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) tem contribuído com o aumento da sobrevida, sobretudo, quando associado ao cuidado humanizado (MONTEIRO *et al.*, 2019), com redução de morbidades, impacto positivo na qualidade de vida e prevenção da morte evitável (MIRANDA; CUNHA; GOMES, 2010; OLIVEIRA; SANINO, 2011).

Contudo, as consequências da prematuridade se mantêm indeterminadas, as alterações clínicas, somadas ao excesso de intervenções, favorecerão atrasos neurofuncionais. O emprego precoce de abordagens multidisciplinares e multiprofissionais objetiva amenizar os desfechos negativos, prevenir as sequelas, reduzir o tempo de internação e os custos hospitalares (FERREIRA; SILVA; MACIEL, 2018; MIRANDA; CUNHA; GOMES, 2010).

Para que seja aliviada a sobrecarga dos estímulos ambientais negativos e inerentes ao ambiente intensivo (FERREIRA; SILVA; MACIEL, 2018; OLIVEIRA; SANINO, 2011; SILVEIRA, 2012), é imprescindível a articulação da equipe de saúde com o desenvolvimento tecnológico e a assistência de qualidade e humanizada. Urge o equilíbrio das necessidades biológicas, ambientais e familiares (PEREIRA et al., 2013; SANCHES et al., 2016).

Espera-se que as tecnologias em saúde sintetizem as técnicas, os procedimentos e os conhecimentos utilizados no ato de cuidar (FIALHO et al., 2015), pois a carência de padronização no serviço de enfermagem caracteriza a assistência com risco mais elevado. Pimenta et al. (2015) enfatizam que a organização, a operacionalização e a execução de tarefas rotineiras, baseadas em normativas do Sistema Único de Saúde e *guidelines*, tendo desenvolvimento de protocolos assistenciais, desmistifica as situações diárias da assistência. Assim, as tecnologias devem ser desenvolvidas com participação ativa dos profissionais e requererem revisões permanentes (LAYSER, 2012; PIMENTA et al., 2015).

Os protocolos, com o objetivo de direcionar tomadas de decisões clínicas de cuidados, são estruturas metódicas permeadas por evidências clínicas para melhorias na qualidade dos serviços de saúde (CATUNDA et al., 2017). Nesta perspectiva, adotou-se estudo metodológico, apoiado na Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), para desenvolvimento de tecnologia assistencial no cuidado desenvolvimental dos prematuros em UTIN com prática de cuidados eficazes.

Logo, objetiva-se, neste capítulo, descrever as etapas da produção de tecnologia assistencial para beneficiar o desenvolvimento de recém-nascidos prematuros internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

2 MÉTODO

Trata-se da apresentação da estrutura, do processo e resultado de pesquisa metodológica para o desenvolvimento de tecnologia assistencial denominada Protocolo de Manuseio Mínimo Neonatal (PROMMIN). Processo apoiado pela aplicação do método da Pesquisa Convergente Assistencial

(PCA) que gerou um produto em programa de mestrado em enfermagem, na modalidade profissional, junto ao Grupo de Pesquisa de Tecnologia e Inovação em Saúde (TIS), aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição proponente nº 25514119.7.0000.0096, em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

A pesquisa metodológica se caracteriza por investigações sobre a elaboração, a validação e a avaliação de ferramentas e métodos, tendo como foco principal o desenvolvimento de novos instrumentos que sejam confiáveis, relevantes e utilizáveis, a serem aplicados por outros profissionais para contribuir significativamente com o serviço (POLIT; BECK, 2011). A PCA, como método, busca o conhecimento técnico para a resolução de problemas assistenciais, mediante inovação e transposição de conhecimento assegurado à prática (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O desenvolvimento ocorreu, de agosto/2018 a agosto/2020, no cenário da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um hospital público de referência para o atendimento dos nascidos prematuramente.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A escolha da metodologia se direcionou à compreensão do problema existente e das reais possibilidades de resolução, com a construção do conhecimento prático alinhado à teoria, baseada nas melhores evidências de cuidados ao prematuro. As fases da PCA sofreram adaptações necessárias à temática abordada, conforme descrito na sequência.

Na **primeira fase**, de **concepção**, realizou-se a imersão no cenário da pesquisa, na busca por disparidades e de possível sustentação que justificasse a intencionalidade por melhorias nas decisões assistenciais. O método adotado reforça a importância das evidências para fortalecer as mudanças da prática (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Nesse sentido, desenvolveu-se revisão na modalidade Scoping Review (ScR), sob orientação conceitual e estrutural do Instituto Joanna Briggs (JBI®). Utilizou-se de mnemônico PCC – **P**: Recém-nascidos prematuros; **C**: Cuidado Desenvolvimental; e **C**: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Os estudos elencados ($n = 15$ de 735) foram discutidos em categorias de cuidados, a saber: *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP) ou Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-nascido (BERTELLE et al., 2005; BROWN; HEERMANN, 1997; MAGUIRE et al., 2008; MCANULTY, 2009); uso de sacarose durante procedimentos dolorosos (STEVENS et al., 2005); método canguru (FERBER;

MAKHOUL, 2008; PIERRAT *et al.*, 2016); estimulação musical (FARHAT *et al.*, 2010; WALWORTH, 2012); protocolo de cuidado para exame de retinopatia (CHUANG *et al.*, 2018); voz materna (KRUEGER *et al.*, 2010; RAND; LAHAV, 2014); desenvolvimento de protocolos de cuidado (BREDEMAYER *et al.*, 2008; HAMILTON; REDSHAW, 2009) e banho *swaddle* (PARAN *et al.*, 2016). A ScR pontuou que são recomendados novos estudos sobre o cuidado desenvolvimental, privilegiados por desenho metodológico mais rigoroso e com quantitativos mais expressivos, descrevendo claramente o cuidado realizado.

Nessa fase, a conclusão pelas contribuições a serem incorporadas na prática do cuidado desenvolvimental ao prematuro na UTIN foram: importância da capacitação da equipe multiprofissional para práticas de cuidado mínimo, com vistas à redução das sequelas da prematuridade e essencialidade da participação da família nesse processo.

Na **segunda fase**, a de **instrumentalização**, ocorreu a escolha do cenário e dos atores da pesquisa, bem como das técnicas à obtenção de dados que promovessem o alinhamento com o objetivo da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004). O espaço escolhido foi uma UTIN em hospital público, referência para alta complexidade, com capacidade de 30 leitos em Curitiba, Paraná, Brasil.

Para atender ao escopo desta fase, foi necessário planejar o desenvolvimento de duas etapas de ações. Na primeira etapa, estruturou-se a quantificação das manipulações multiprofissionais no desenvolvimento dos cuidados aos prematuros, norteada por um instrumento adaptado de Murdoch e Darlow (1984), com a categorização de manipulações em: 1. Procedimento de monitorização; 2. Procedimento terapêutico; 3. Cuidado de rotina e 4. Cuidado familiar compartilhado. O objetivo da quantificação foi o de reconhecer as manipulações ocorridas no cenário para serem resgatadas junto à equipe no desenvolvimento da tecnologia assistencial. Os critérios de elegibilidade para a observação das manipulações foram: prematuros nascidos na instituição com até 32 semanas de gestação durante as primeiras 72 horas de vida e sem comorbidades, exceto a prematuridade. Para tanto, os pais ou responsáveis, por assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sinalizavam a concordância.

Na segunda etapa, com as evidências elencadas pela *scoping review*, estruturaram-se as oficinas conforme a proposta de Afonso (2013), intituladas “Cuidar do prematuro é preservar seu cérebro em desenvolvimento”, que totalizaram nove módulos, planejados e desenvolvidos em Ambiente Virtual de Aprendizagem, mediante a Plataforma Moodle da instituição universitária, disponibilizadas à equipe multidisciplinar da UTIN. Os critérios de elegibilidade para participação foram: ser profissional na UTIN, estar, no mínimo, há um ano na instituição e prestar cuidados diretos à

população da pesquisa.

Na **terceira fase**, a de **perscrutação**, houve a busca de estratégias à coleta dos dados, por meio de registros, com o objetivo de investigação (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). A análise dos dados gera evidências do cenário e sustenta o desenvolvimento da pesquisa. Para tanto, analisaram-se os dados da quantificação e o tempo de duração das manipulações de 22 prematuros nas primeiras 72 horas de vida, de dezembro de 2019 a junho de 2020.

Após prévia orientação da justificativa e objetivos da pesquisa aos profissionais que atuam à beira-leito, instruiu-se sobre o preenchimento da planilha de quantificação. Realizaram-se dois testes pilotos, com visibilidade da necessidade de alteração no *layout* da planilha para favorecer o preenchimento de forma sequencial, conforme os cuidados. Não se alteraram os itens de pontuação dos critérios. Os procedimentos de manipulações e as intervenções aos prematuros foram anotados e contabilizados em tempos, observando a ocorrência de inoportunos, durante os cuidados, e anotados em planilha.

Ainda como coleta de dados, cita-se o desenvolvimento das oficinas na segunda etapa-segunda fase, que consiste em processo de educação permanente certificado, com a realização de 20 horas remotas, não síncronas. A operação aconteceu mediante planejamento prévio norteado pela Matriz de *Design Instrucional*, cujos objetos de aprendizagem foram teorizados, expostos aos fóruns de discussão em *chat*, culminando com a possibilidade de registro das sugestões para adequações da realidade assistencial. A pesquisadora foi presença constante no grupo de discussão, realizando a orientação e o direcionamento das perguntas disparadoras, evidenciando atuação como tutora ao longo da capacitação.

Por último, na **quarta fase**, de **avaliação**, ocorreu a apreensão, ou seja, a coleta e a organização de dados relacionados à teorização e à transferência no processo da interpretação dos dados (TRENTINI; PAIM, 2004). As informações foram organizadas em categorias e sintetizadas em práticas diárias ao cenário da pesquisa. Com auxílio da ferramenta *Wiki*®, os participantes contribuíram para a construção, por meio de edição de documento, ou comentários de práticas contrárias àquelas orientadas nas oficinas. Por fim, nesta fase, o Procedimento Operacional Padrão (POP) institucional foi propriamente descrito, integrado em categorias de cuidados, adaptados às classificações de Murdoch e Darlow (1984), em que se privilegiou a adaptação de um ambiente livre de luminosidade e ruído para a construção de um cuidado equilibrado; os cuidados de rotinas centrados na idade gestacional do prematuro, minimizando sequelas; prestação dos cuidados terapêuticos, segundo avaliação da real necessidade; cuidados de monitorização subsequentes e importância do

cuidado familiar compartilhado.

O Protocolo de Manuseio Mínimo para Recém-nascido Prematuro (PROMMIN) foi registrado na Câmara Brasileira do Livro (CBL), clique no QR CODE para conhecê-lo.

Figura 1 – QRCD do Registro na Câmara Brasileira do Livro (CBL)-2020



Fonte: CBL (2020).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe assistencial, previamente, havia manifestado que atribuía relevância ao aos cuidados mínimos junto aos recém-nascidos prematuros na unidade e para todo o hospital. A pesquisadora estabeleceu com seriedade e comprometimento o vínculo com o desenvolvimento do estudo que lhe conferiu elevado rigor científico, embasando-o com revisão de escopo, sem dispensar a relação com os processos de trabalho.

A PCA revelou ser trajetória eficaz na construção de tecnologia assistencial para o cuidado aos recém-nascidos prematuros. Foi possível certificar a aplicabilidade para intervenções na prática da enfermagem, fato que a recomenda para adoção em projetos aplicados. Durante o desenvolvimento desta PCA, teve-se a oportunidade de elucidar conceitos de padrões desenvolvimentais, os quais devem integrar as rotinas diárias dos profissionais de uma equipe multiprofissional.

Como limitações do estudo, aponta-se o tempo reduzido à apreensão e desenvolvimento do método, devido à modalidade do programa de pós-graduação. A alteração da modalidade presencial para remota, em virtude das restrições sanitárias da pandemia da COVID-19, não causou impacto na qualidade das oficinas, as quais atenderam plenamente ao objetivo proposto, que foi a construção participativa da tecnologia assistencial. Atribui-se à mudança a positividade de inclusão de profissionais que se encontravam afastados do ambiente de trabalho, independente do motivo. O ambiente virtual de aprendizagem demonstrou ser eficaz, pois permitiu a interação dos

participantes por meio dos grupos de discussão, bem como viabilizou o esboço do protocolo mediante o uso da ferramenta.

Sugere-se, sob a ótica do cuidado ao desenvolvimento do neonato prematuro, com mínima manipulação, que novas tecnologias assistenciais possam ser continuamente produzidas e enfermagem vise aprimoramento das práticas de cuidado, de maneira participativa e comprometida com a promoção da qualidade de vida dessa população.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M. Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

BERTELLE, V. et al. Sleep of preterm neonates under developmental care or regular environmental conditions. *Early Hum. Dev.*, v. 81, n. 7, p. 595-600, jul. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2005.01.008>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Diário Oficial da União, Seção 1, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2020.

BREDEMEYER, S. et al. Implementation and evaluation of an individualized developmental care program in a neonatal intensive care unit. *J. Spec. Pediatr. Nurs.*, v. 13, n. 4, p. 281-91, out. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2008.00163.x>.

BROWN, L. D.; HEERMANN, J. A. The effect of developmental care on preterm infant outcome. *Appl. Nurs. Res.*, v. 10, n. 4, p. 190-7, nov. 1997. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(97\)80572-1](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(97)80572-1).

CÂMARA BRASILEIRA DO LIVRO (CBL). QRCD do Registro na Câmara Brasileira do Livro. 2020. Disponível em: <http://cbl.org.br/>. Acesso em: 16 ago. 2020.

CATUNDA, H. L. O. et al. Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para construção e validação de protocolos. *Texto & contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 26, n. 2, e00650016, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000650016>. Acesso em: 16 ago. 2019.

CHUANG, L. J. et al. A modified developmental care bundle reduces pain and stress in preterm infants undergoing examinations for retinopathy of prematurity: A randomized controlled trial. *J. Clin. Nurs.*, v. 28, n. 3-4, p. 545-559, ago. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14645>.

FARHAT, A. et al. The effect of listening to lullaby music on physiologic response and weight gain of premature infants. *J. Neonatal Perinatal Med.*, v. 3, n. 2, p. 103-7, jun. 2010. DOI: <https://doi.org/10.3233/NPM-2010-0101>.

FERBER, S. G.; MAKHOUL, I. R. Neurobehavioural assessment of skin-to-skin effects on reaction to pain in preterm infants: a randomized, controlled within-subject trial. *Acta Paediatr.*, v. 97, n. 2, p. 171-6, jan. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00607.x>.

FERREIRA, K. S.; SILVA, J. P.; MACIEL, D. M. V. L. Estratégias de intervenção precoce em recém-nascidos prematuros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura. *Scire Salutis*, v. 8, n. 2, p. 62-75, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2018.002.0007>. Acesso em: 23 nov. 2019.

FIALHO, F. A. et al. Tecnologias aplicadas pela enfermagem no cuidado neonatal. *Rev. Baiana Enferm.*, v. 29, n. 1, p. 23-32, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/12309>. Acesso em: 17 set. 2019.

HAMILTON, K. E.; REDSHAW, M. E. Developmental care in the UK: a developing initiative. *Acta Paediatr.*, v. 98, n. 11, p. 1738-43, out. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01431.x>.

INQUÉRITO NACIONAL SOBRE PARTO E NASCIMENTO. Nascer no Brasil. Sumário executivo. Reproductive Health, v. 13, suppl. 3, 2016.

KRUEGER, C. et al. Maternal voice and short-term outcomes in preterm infants. Dev. Psychobiol., v. 52, n. 2, p. 205-12, jan. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1002/dev.20426>.

LAYER, M. Oficina de protocolos: etapas de elaboração passo a passo. In: 64º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 2012. Porto Alegre: Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Rio Grande do Sul, 2012.

MAGUIRE, C. M. et al. Effects of basic developmental care on neonatal morbidity, neuromotor development, and growth at term age of infants who were born at 32 weeks. Pediatrics., v. 121, n. 2, e239-45, out. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1189>.

MCANULTY, G. et al. Individualized developmental care for a large sample of very preterm infants: health, neurobehaviour and neurophysiology. Acta Paediatr., v. 98, n. 12, p. 1920-6, nov. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01492.x>.

MIRANDA, A. M.; CUNHA, D. I. B.; GOMES, S. M. F. A influência da tecnologia na sobrevivência do recém-nascido prematuro extremo de muito baixo peso: revisão integrativa. Rev. Min. Enferm., v. 14, n. 3, p. 435-442, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/136>. Acesso em: 30 jan. 2019.

MONTEIRO, L. et al. Benefícios do toque mínimo no prematuro extremo: protocolo baseado em evidências. Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 89, n. 27, set. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/raeid-2019-v.89-n.27-art.258>. Acesso em: 8 jun. 2019.

MURDOCH, D. R.; DARLOW, B. A. Handling during neonatal intensive care. Arch. Dis. Child., v. 59, n. 10, p. 957-961, 1984. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1628870/pdf/archdisch00729-0057.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2019.

OLIVEIRA, L. L.; SANINO, G. E. C. Humanização da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal: concepção, aplicabilidade e interferência na assistência humanizada. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped., v. 11, n. 2, p. 75-83, 2011. Disponível em: <https://sobep.org.br/revista/component/zine/article/143-a-humanizao-da-equipe-de-enfermagem-em-unidade-de-terapia-intensiva-neonatal.html>. Acesso em: 20 mar. 2019.

PARAN, M. et al. Comparing the effects of swaddle and conventional bathing methods on behavioral responses in preterm neonates. Int. J. Nurs., v. 7, n. 4, p. 35-40, nov. 2016. DOI: <https://dx.doi.org/10.22038/ijn.2016.7778>.

PAULOS, L. M. P.; WINCKLER, L. Prematuridade tardia: estarão eles preparados para nascer? Resid. Pediátr., v. 5, n. 1, p. 10-3, 2015. Disponível em: <http://residenciapediatrica.com.br/detalhes/134/prematuridade-tardia--estarao-eles-preparados-para-nascer->. Acesso em: 1 ago. 2019.

PEREIRA, F. L. et al. Handling of preterm infants in a neonatal intensive care unit. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1272-1278, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000601272. Acesso em: 23 jul. 2019.

PIERRAT, V. et al. Translating neurodevelopmental care policies into practice: the experience of neonatal ICUs in France-The EPIPAGE-2 Cohort Study. Pediatr. Crit. Care Med., v. 17, n. 10, p. 957-967, out. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1097/pcc.0000000000000914>.

PIMENTA, C. A. M. et al. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP, 2015. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web>.

[pdf](#). Acesso em: 12 set. 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da Enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAND, K.; LAHAV, A. Maternal sounds elicit lower heart rate in preterm newborns in the first month of life. *Early Hum Dev.*, v. 90, n. 10, p. 679-83, out. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhummdev.2014.07.016>.

SANCHES, R. C. N. et al. Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. *Esc. Anna Nery*, v. 20, n. 1, p. 48-54, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000100048&script=sci_abstract&tlang=pt. Acesso em: 6 jan. 2019.

SILVEIRA, R. C. (org.). Seguimento ambulatorial do prematuro de risco. 1. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/seguimento_prematuro_ok.pdf. Acesso em: 9 abr. 2019.

STEVENS, B. et al. Consistent management of repeated procedural pain with sucrose in preterm neonates: is it effective and safe for repeated use over time? *The Clinical Journal of Pain*, v. 21, n. 6, p. 543-548, 2005.

TRENTINI, M.; PAIM, L. Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem. 1. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

WALWORTH, D. et al. Effects of neurodevelopmental stimulation on premature infants in neonatal intensive care: randomized controlled trial. *J. Neonatal Nurs.*, v. 18, n. 6, p. 210-16, dez. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2012.01.001>.

CAPÍTULO 11

PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE DO RECÉM-NASCIDO: TECNOLOGIA EM SAÚDE

EVELYNE LOBO GURGEL

KARLA MARIA CARNEIRO ROLIM

FERNANDA JORGE MAGALHÃES

FIRMINA HERMELINDA SALDANHA

ALBUQUERQUE

HENRIQUETA ILDA VERGANISTA MARTINS

FERNANDES

MIRNA ALBUQUERQUE FROTA

ELOAH DE PAULA PESSOA GURGEL

1 INTRODUÇÃO

Considerando os cuidados de Enfermagem ao recém-nascido pré-termo (RNPT) e sua vulnerabilidade, evidencia-se que a prematuridade é uma das principais causas de morbidade perinatal, com incidência entre 6% e 12%, sendo responsável por 75% das mortes perinatais e estas consequências decorrem da imaturidade associada às condições do nascimento e cuidados subsequentes.

Para Gurgel et al. (2011), o nascimento de neonatos de alto risco, o aperfeiçoamento das unidades neonatais e a evolução dos métodos terapêuticos permeiam o cotidiano de enfermeiros, para os quais a assistência é de extrema importância à recuperação da saúde deste paciente. O aumento da sobrevida dos RN trouxe concomitantemente novos desafios sobre os cuidados de Enfermagem; um deles é a utilização de Protocolos assistenciais que direcionem o cuidado, padronizando as práticas a partir de um suporte teórico-prático.

A assistência em saúde a esse tipo de público é considerada um desafio, haja vista os registros epidemiológicos de mortalidade

neonatal no Brasil durante fevereiro de 2011 a outubro de 2012; aponta 268 óbitos neonatais e mostrou como causas: prematuridade, com cerca de 1/3 dos casos, seguida da malformação congênita (22,8%), as infecções (18,5%), os fatores maternos (10,4%) e asfixia-hipoxia (7%). Sendo as maiores taxas de mortalidade neonatal entre crianças de 1.500g, com muito baixo peso ao nascer (< 1.500g), prematuros extremos (< 32 semanas), com Apgar < 7 no 5º minuto de vida, as que utilizaram ventilação mecânica ou surfactante, com má-formação congênita, as que estavam em apresentação pélvica, gestação gemelar, dentre outras (LANSKY et al., 2014).

O cuidado do enfermeiro neonatologista tem se tornado cada vez mais especializado e qualificado, voltando-se ao RNPT em suas particularidades. Uma delas é o cuidado com a pele, que se torna essencial já que se trata de um órgão em desenvolvimento, estando mais suscetível a lesões, aumentando a morbimortalidade, uma preocupação atual em UTIN. Consoante Schaefer (2014), o desenvolvimento de novas tecnologias tem a finalidade de preservar a estabilidade hemodinâmica e aumentar a sobrevida do RN, mas alguns procedimentos terapêuticos e diagnósticos ainda são causadores de dor, estresse, desconforto e irritabilidade, trazendo também a presença de lesão tecidual.

Os Protocolos são tecnologias em saúde, têm caráter educativo e de conduta clínica. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política com foco a padronização de condutas clínicas e cirúrgicas em ambientes ambulatoriais e hospitalares (PIMENTA et al., 2015). Diante destas considerações, foi idealizada uma tecnologia assistencial, mais especificamente um Protocolo – direcionado ao cuidado com a pele do RNPT internado em UTIN, tendo foco no gerenciamento dos profissionais de Enfermagem na execução do cuidado direto.

A elaboração do Protocolo se deu a partir da convergência dos saberes e práticas da equipe de Enfermagem na busca pelas boas práticas como possibilidades de capazes de prevenir as lesões de pele. Nesta perspectiva, o desenvolvimento de tecnologias intensifica e apoia o acompanhamento da assistência neonatal como forma de proporcionar um cuidado singular para garantir recuperação eficaz do RNPT. Haja vista que o RNPT exige cuidado diferenciado da equipe multidisciplinar, em especial da equipe de Enfermagem, a qual o acompanha 24 horas; dessa forma surgiram os seguintes questionamentos: *Quais as intervenções de Enfermagem voltadas ao cuidado preventivo ao RNPT podem ser realizadas em neonatos de risco de lesões de pele?*

A elaboração do conteúdo do **Protocolo Clínico de Enfermagem para Prevenção e Tratamento de Lesões de Pele** se torna relevante em decorrência da dificuldade em lidar com a pele do RNPT que é tão peculiar, tornando necessário aliar a teoria com a prática, levando aos profissionais

o empoderamento do conhecimento e a importância da prática baseada em evidências. Portanto, o nosso objetivo foi o de desenvolver o conteúdo de um Protocolo Clínico de Enfermagem para o cuidado com a pele do RNPT, internado em Unidade Neonatal.

2 METODOLOGIA

Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), a qual tem o intuito de construir conhecimento com dados gerados através da convergência entre pesquisa, assistência e participação dos sujeitos envolvidos na prática e no processo da pesquisa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017). O local escolhido para a execução desse estudo foi a UTIN de uma maternidade pública na cidade de Fortaleza-Ceará, Brasil. A escolha da instituição pesquisada ocorreu por ser considerada de estágio terciário, constituindo referência em atendimentos obstétricos e neonatais de alta complexidade, assim como por ter uma comissão exclusiva para cuidados com a pele do RNPT.

Os participantes da pesquisa foram escolhidos de forma intencional, com participação voluntária de 45 profissionais da enfermagem, sendo 13 enfermeiras com idades variantes de 29 a 58 anos; destas, 9 possuíam especialização em Enfermagem Neonatal, 3 eram mestres e uma doutora; o tempo de atuação em UTIN variou entre 10 meses a 19 anos e 3 possuíam publicações em cuidados com a pele do recém-nascido. Participaram, também, do estudo contribuindo 32 técnicos e auxiliares de Enfermagem da Unidade em estudo. Dentre eles todos se mostraram entender as Lesões de pele como problemática, almejando assim, soluções para o evento adverso. Os funcionários que estavam afastados no período de coleta, por férias ou licença médica, não foram convidados a participar da pesquisa.

A PCA se estrutura em cinco fases, que são: 1) **Fase de concepção:** define-se o que fazer no projeto de pesquisa, gerando abstrações, formulando definições, procedendo com delimitações sobre o tema de estudo, inter-relações, argumentações e contextualizações; 2) **Fase de instrumentação:** deve acontecer as tomadas de decisões como: definir o local de pesquisa, os participantes, coleta e análise dos dados; 3) **Fase de perscrutação:** obtém-se os dados e as informações coletadas com os participantes do estudo; 4) **Fase de análise:** são organizadas as informações por meio do processo apreensão-organização e da codificação das informações, buscando singularidades entre elas e 5) **Fase de interpretação:** tem seus processos discriminados como síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

Fase de Concepção: Para a fase inicial na elaboração da tecnologia foram realizados encontros com a equipe de Enfermagem neonatal para discussão sobre a fragilidade da pele do RNPT.

Fase de Instrumentação: A sala de reuniões da UTIN foi local dos encontros na realização da pesquisa. Os participantes foram escolhidos de forma intencional, com participação voluntária, sendo as enfermeiras, técnicos e auxiliares de Enfermagem da Unidade em estudo, que também entendessem as lesões de pele como problemática, almejando assim, soluções para o evento adverso. O período de construção dos dados foi de abril de 2018 a julho de 2019, quando a pesquisadora utilizou a observação participante e fez o registro através das descrições detalhas dos momentos coletivos e individuais em gravador de voz com a autorização dos participantes. Para a coleta de dados, realizou-se primeiramente sensibilização da equipe, explicando como seria o início da pesquisa no serviço e a relevância da participação da equipe até a construção do Protocolo.

Fase de Perscrutação: Para a coleta de dados, utilizaram-se metodologias ativas como: grupos focais para discussões e convergências, entrevistas individuais e participação da reunião com a “Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele”. A pesquisa aconteceu em cinco momentos, foram eles: 1) Participação da reunião da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele para a apresentação da ideia de pesquisa; 2) Reconhecimento dos participantes, seus saberes e práticas sobre a temática; 3) Convergência dos saberes e práticas (reflexão sobre limites e possibilidades); 4) Aproximação com os modelos e conceitos de Protocolo, convergência de literaturas com o tema e 5) Convergência da literatura com os saberes práticos e construção da tecnologia.

Fase de Análise: A escolha dos juízes foi realizada por meio de pesquisa na Plataforma Lattes. Nela, na janela Currículo Lattes com seleção dos que atingirem pontuação mínima de cinco pontos. Para a coleta dos dados da validação do conteúdo, elaborou-se um questionário. O instrumento apresentava o objetivo da pesquisa e orientava os participantes quanto ao preenchimento do instrumento de coleta de dados. Também abrangeu caracterização dos participantes com dados sobre sexo, idade, ocupação, local de trabalho, município de trabalho, tempo de formação e questões relativas à experiência profissional na docência, na pesquisa e na assistência de Enfermagem com ênfase na Neonatologia ou Saúde da Criança. Enviamos o instrumento através do e-mail assim como a Carta Convite e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura. Vizando à objetividade da validade de conteúdo, calculou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), considerando excelente o IVC dos itens (IVCi) maior ou igual a 0,78 e média de IVC total de 0,90 ou superior. Adotou-se o seguinte padrão de avaliação: IVCi \geq 0,78 excelente, IVCi entre 0,60 e 0,71 bom, e IVCi $<$ 0,59 ruim (POLIT; BECK, 2019).

Para a análise dos itens de avaliação da tecnologia criada, foi realizado o Teste Exato de distribuição Binomial, indicado para pequenas amostras, sendo considerados os índices de significância $p > 0,05$ e proporção de 0,75 de concordância para estimar a confiabilidade estatística dos IVC. Para tabulação e cálculo das médias do IVC, realizou-se o cálculo manual, considerando a pequena quantidade de questionários e itens. Este método emprega uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro. O escore do índice foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “1” ou “2” pelos participantes. Aqueles que receberam pontuação “3” ou “4” foram revisados. Dessa forma, o IVC foi definido como a proporção de itens que receberam uma pontuação de 1 ou 2 pelos participantes.

2.1 COLETA DE DADOS

O período de construção dos dados foi de abril/2018 a julho/2019; quando a pesquisadora utilizou a observação participante fez o registro por meio das descrições detalhas dos momentos coletivos e individuais em gravador de voz com a autorização dos participantes. Para a coleta de dados realizou-se, primeiramente, sensibilização da equipe, explicando como seria o início da pesquisa no serviço e a relevância da participação da equipe até a construção do Protocolo. Para a coleta de dados utilizaram-se metodologias ativas como: grupos focais para discussões e convergências, entrevistas individuais e participação da reunião com a *Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele*.

A pesquisa aconteceu em cinco momentos, foram eles: 1) Participação da reunião da *Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele* para apresentação da ideia de pesquisa; 2) Reconhecimento dos participantes, seus saberes e práticas sobre a temática; 3) Convergência dos saberes e práticas (reflexão sobre limites e possibilidades); 4) Aproximação com os modelos e conceitos de Protocolo, convergência de literaturas com o tema e 5) Convergência da literatura com os saberes práticos e construção da tecnologia.

Os encontros foram dotados de convergências de saberes e práticas com a literatura pertinente sobre o tema, surgindo assim algumas boas práticas colocadas como intervenções de Enfermagem capazes de prevenir as lesões de pele. As principais lesões citadas pelos profissionais, assim como as que mais apareceram no relatório anual da comissão, constituíram a tecnologia.

A análise foi iniciada já na imersão do campo. As entrevistas e os encontros foram gravados em áudios com autorização dos participantes, transcritos e analisados para a construção das informações pertinentes quanto aos saberes e práticas dos profissionais. Os conteúdos provenientes das

gravações e imagens dos participantes foram extensamente analisados após transcrição, para que no momento de distanciamento da pesquisadora principal, houvesse a convergência dos conteúdos colocados pelas participantes com as evidências, a fim de interpretar, havendo o objetivo de chegar ao Produto Final.

Após traçar o diagnóstico situacional dos RNPT com riscos de lesões de pele na UTIN pesquisada, foram elaborados os conteúdos do Protocolo Clínico, sendo as informações oriundas da literatura (POMPEU; ROSSI; GALVÃO, 2009). Para isso, utilizou-se a seguinte pergunta norteadora: *qual o conhecimento produzido na literatura acerca dos cuidados com a pele do RNPT, medidas preventivas de injúrias em recém-nascidos pré-termo na Unidade de Terapia Intensiva?*

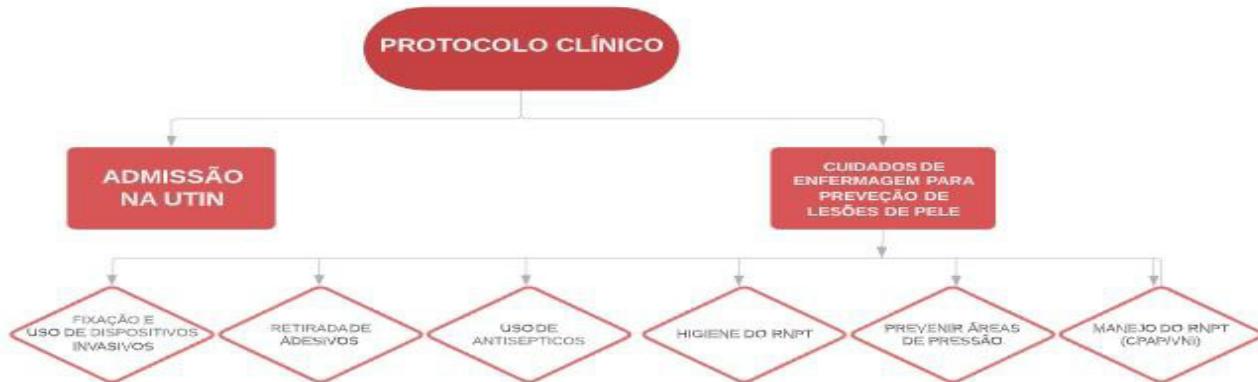
A seleção dos estudos foi realizada de janeiro a fevereiro de 2019, por dois pesquisadores no mesmo dia, porém em ambientes diferentes para garantir a fidedignidade da busca. Utilizaram-se descritores combinados pelo conector booleano “AND”. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH): *skin care* – cuidados com a pele; *nursing care* – cuidados de Enfermagem e *infant premature* – recém-nascido prematuro, nas bases de dados da PubMed, Medline, Cinahl, Cochrane, Lilacs.

Fez-se uso dos seguintes critérios de inclusão na definição da amostra do estudo: artigos publicados na íntegra; disponíveis eletronicamente; nos idiomas inglês, português e espanhol, com definição de período 2014 a 2019; a escolha do período se deu por necessidade de buscar o que se tem de mais atual na literatura. Foram excluídos artigos repetidos nas bases de dados, editoriais, cartas ao editor, teses, dissertações e monografias. Para o levantamento da amostra, realizou-se, inicialmente, a busca pelos seguintes descritores: [“pele” or “skin”] and [“recém-nascido” or “prematuro” or “prematuro extremo” or “newborn” or “preterm infant”] and [“prevenção” or “prevention” or “tratamento” or “treatment”] and [“cuidado intensivo” or “intensive care”] and [“neonatologia” or “neonatology” or “unidade de cuidado intensivo neonatal” or “neonatal intensive care unit”].

Para a definição do corpus de análise, avaliou-se inicialmente o título e o resumo, de modo a confirmar se contemplavam a questão de pesquisa e se atendiam os critérios de inclusão estabelecidos. Após pré-seleção, foi feita a leitura na íntegra dos artigos para evitar viés de seleção. Os textos que não se encontravam disponíveis completos foram solicitados à Biblioteca Virtual de Saúde através de e-mail. Assim sendo, a amostra final deste estudo contemplou 651 estudos na COCHHANE. Para a organização dos dados, elaborou-se um instrumento de coleta de informações contendo os seguintes dados: identificação do artigo, como o título, autor, periódico e ano de publicação e conclusão.

Após este momento, realizou-se a Elaboração da versão 1 do Protocolo, os cuidados inseridos nele tomaram por base as falas dos participantes provenientes dos encontros coletivos e individuais e os indicadores de lesão de pele. Cada item que compõe o Protocolo foi inserido pensando focado na redução dos índices de lesão de pele encontrados no serviço. Após a interpretação dos dados, chegou-se à seguinte estrutura:

Figura 1 – Estrutura da versão 1 do Protocolo. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018



Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

Respeitaram-se os princípios da bioética, preconizados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as normas e diretrizes para pesquisas, envolvendo seres humanos e recebendo a aprovação do Comitê de Ética das instituições participantes da pesquisa, com número do parecer: 2.814.751 e respectivamente: 2.744.169 (BRASIL, 2017).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 IMERSÃO NO CAMPO DA PESQUISA

Este momento ocorreu durante uma reunião da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele, em que se abordou a necessidade de construção de um Protocolo para ser utilizado na instituição nesse momento foi explicado o que era o projeto, como seria desenvolvido dentro do setor, quais os objetivos e a relevância da participação de todos da equipe durante todo o desenvolver da pesquisa.

Esta etapa foi necessária para que a equipe entendesse que seria iniciada a construção de uma tecnologia na Unidade, com o objetivo de sensibilizá-las, explicando que a participação delas era

essencial para o sucesso da construção. Realizou-se um compilado das informações do banco de dados da *Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele*, da UN durante o período de um ano, iniciando no mês de setembro de 2018 até setembro de 2019. Encontrou-se o número de cento e quarenta e uma (141) lesões de pele nos RN internados na UTIN; destes, as lesões encontradas foram: hiperemias, hematomas, lesões fúngicas, escoriação por retirada de adesivos, dermatites, tocotraumatismo, queimaduras químicas por gluconato de cálcio e por bicarbonato de sódio. Identificaram-se, ainda, lesões por pressão, variando do grau I até grau III.

As lesões de pele eram, em maior incidência, em RNPT (91,66%), de acordo com a classificação por peso de muito baixo peso ao nascer (peso<1500g) com percentual de 54,14% e, no sexo masculino, (66,66%). O número de notificações de lesões por pressão grau I sugere que a equipe de Enfermagem se encontra sensível para identificá-las na fase inicial. A incidência de problemas na pele de RN com peso de nascimento inferior a 1.500g é elevada, pois a pele do prematuro possui poucas camadas de estrato córneo, é delgada, avermelhada, com veias visíveis e superficiais; além disso, sua coesão celular dermoepidérmica é deficiente, apresenta um número reduzido de fibras de fixação entre as camadas e pouco volume de fibras de colágeno e de elastina.

Os anexos cutâneos são imaturos e a hipoderme é atrofiada. Esta imaturidade é responsável pela maior incidência de retenção de suor e pela menor lubrificação cutânea, o que leva maior suscetibilidade aos irritantes externos (GURGEL et al., 2011). Ainda, conforme os autores, uma das preocupações durante a assistência ao RNPT é a prevenção e o tratamento das lesões de pele, as quais exigem cuidado particular, já que a pele é fina e extremamente suscetível às feridas. Torna-se grande desafio à equipe de Enfermagem manter a integridade da pele do neonato, em razão da necessidade de fixar, de maneira segura, o tubo endotraqueal, os sensores, as sondas, o cateter de infusão venosa e outros materiais sobre a pele imatura, sem, contudo, causar lesões severas, uma vez que a presença de lesões representa fator complicador no estabelecimento da saúde.

3.2 RECONHECIMENTO DOS PARTICIPANTES, SEUS SABERES E PRÁTICAS SOBRE A TEMÁTICA

Realizou-se, primeiramente, um encontro com a equipe de Enfermagem da UTIN no qual foi explicado todo o desenvolvimento da pesquisa, construção coletiva e validação do Protocolo Clínico, bem como a relevância da participação da equipe em todas as etapas do processo. Utilizou-se como estratégia, metodologias ativas, entre elas a utilização de Estudo de Caso. Foi exposta uma situação (caso clínico) com um RNPT em risco de lesão de pele. Questionou-se, então, as enfer-

meiras quanto às tecnologias disponíveis na Unidade para prevenção de lesão de pele nos RNPT e melhores formas de cuidado.

Para a resolução do Estudo de Caso, as participantes foram divididas em dois grupos e, com o auxílio de um cronômetro foi oferecido um tempo de 30 minutos, para que elaborassem um Plano de Cuidados voltado à prevenção de lesões de pele no RNPT. Logo após, foi questionado às participantes quais cuidados seriam necessários para a prevenção, quais as características dos RNPT que favoreciam o aparecimento das injúrias e os fatores relacionados ao aparecimento das lesões.

Os grupos apresentaram seus Planos de Cuidados elaborados e suas propostas de intervenção. Ao final do encontro, a pesquisadora comentou as apresentações apoiada em referencial teórico. A *posteriori*, foi aberto espaço para reflexão e discussão dos resultados e o relato de suas experiências práticas com a problemática exposta e as melhores formas de conduzir os cuidados ao RNPT. Após as apresentações, as participantes foram ouvidas em suas dúvidas, iniciando-se um diálogo para o *feedback* das profissionais. Nesta etapa em especial, participaram onze (11) profissionais, sendo três (3) auxiliares de Enfermagem, quatro (4) técnicos de Enfermagem e quatro (4) enfermeiras. O encontro teve uma duração total de aproximadamente uma hora e foi registrado por meio de gravação, fotos e avaliação escrita das atividades desempenhadas (Figura 2):

Figura 2 – Momentos de Construção da Tecnologia. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018



Fonte: Arquivo pessoal (2019).

O uso de Protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas científicamente

sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais. Os Protocolos são instrumentos legais, construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências e oferecem as melhores opções disponíveis de cuidado (PIMENTA et al., 2015).

Consoante os autores supracitados, considera-se importante elaborar um Protocolo Clínico, pois seu uso tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas científicamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais. Os Protocolos são instrumentos legais, construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências e oferecem as melhores opções disponíveis de cuidado.

No estudo de Santos e Costa (2015) consta que os profissionais da Enfermagem reconhecem as especificidades da pele do RN internado em UTIN, destacando cuidados importantes e necessários à prevenção de lesões de pele. Os achados confirmaram que os entrevistados têm conhecimento sobre a necessidade de proteção da pele do RN, através da manutenção de regulação térmica, cuidados de higiene, hidratação cutânea e manuseio, além dos cuidados com procedimentos invasivos e uso de dispositivos, através da prevenção de lesões por pressão e punção, cuidados na fixação dos dispositivos e uso de antissépticos.

3.3 CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO

O conteúdo do Protocolo foi conseguido por meio dos conhecimentos práticos das enfermeiras e dos resultados da revisão integrativa elaborada, antes, pela pesquisadora. Portanto, as etapas citadas anteriormente auxiliaram na construção das primeiras estruturas do **Protocolo Clínico de Enfermagem no Cuidado com a Pele do Recém-Nascido Pré-Termo**.

Foi calculado o IVC de cada dimensão do instrumento de avaliação, sendo o IVC dos Objetivos igual a 1,00; IVC da Estrutura e Apresentação igual a 0,95; e IVC da Relevância do material construído igual a 1,00. Uma vez calculados os IVC de cada dimensão, calculou-se o IVC total do Protocolo por meio da média aritmética entre as três dimensões avaliadas. O processo de construção do Protocolo apresentou IVC total de 0,98, garantindo a validade da tecnologia criada.

No Quadro 1 estão as sugestões de alterações dadas pelos juízes para a melhoria do Protocolo construído. No tocante ao subitem 4.2.1, o J2 teceu considerações pertinentes como a reescrita de dois tópicos: 1. “Usar placa fina de hidrocoloide na pele do RNPT e sobre ela usar adesivos de

fixação de dispositivos” e 4. “Proteger as narinas sob pronga nasal com curativo (‘focinho’ não é nomenclatura padrão para prongas)”. O J4 solicitou a inserção de fotos que mostrem como se faz o “focinho”. O J3 sugeriu deixar claro que é com relação ao curativo do PICC ou acesso central.

Quadro 1 – Sugestões de Alterações dos Juízes sobre o Protocolo Construído. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019

JUIZ	SUGESTÕES
J2	No item sobre admissão do RN, excluir tópico 16, pois a avaliação da condição da pele já está incluída no item 7.
	No subitem 4.2.1: reescrita dos tópicos 1 e 4; e excluir tópico 9.
	No subitem 4.3.2: tópicos 3 e 4, deixar apenas gaze.
	No subitem 4.2.4: rever as recomendações do Ministério da Saúde sobre o uso de óleo mineral ou sabão neutro para remoção de fezes difíceis de sair; rever tópico 7; reescrever tópico 11, deixando claro se o banho é obrigatório uma vez por semana ou no máximo uma vez por semana; revisar evidências científicas do tópico 14.
	No subitem 4.2.5: reescrever tópico 4.
J3	No subitem 4.2.1, nos itens referentes à fixação e uso de dispositivos invasivos, deixar claro que é com relação ao curativo do PICC ou acesso central.
	No subitem 4.2.4, acrescentar na lista quando será o primeiro banho do RN < 34 semanas.
	Explanar sobre as escalas a serem aplicadas no protocolo.
J4	Inserção de figuras que mostram como se faz o “focinho”.
	Melhorar a figura da capa (nitidez).
	Modificar o formato vazado do tipo de letra.
J5	Modificar formato e cor da letra do título.
	Melhorar a figura da capa (nitidez).
J6	Inserir ilustrações no protocolo.
	Modificar a figura da capa, deixando a mais adequada ao tema trabalhado.

Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

Com relação ao subitem 4.3.2, o J2 alertou para o uso apenas da gaze, pois este protocolo está sendo elaborado para uma realidade de instituições que podem não dispor de algodão estéril. No subitem 4.2.4, o J2 sugeriu a revisão das evidências científicas acerca do uso de óleo mineral e sabão neutro para remoção de fezes difíceis de sair.

De acordo com achados na literatura, deve-se limpar a área perineal suavemente, com algodão embebido em água morna e não esfregar. Em caso de fezes secas ou difíceis de remover, deve utilizar-se algodão embebido em óleo mineral, pois as propriedades de barreira da pele podem ser danificadas pela limpeza excessiva e pela esfregação da área perineal, o que pode acontecer pelo uso errado da gaze já que a mesma é composta de material áspero. A limpeza suave se torna

menos irritante, reduzindo o risco de lesão (AWHONN, 2013).

No mesmo tópico, o J3 solicitou citar quando ocorre o primeiro banho para o RN < 34 semanas. Segundo Brasil (2017), o banho caracteriza-se por um alto índice de manipulação da criança. Essas manipulações podem produzir diversas reações no RNPT, como estresse, comportamento de retraimento, choro, além de respostas fisiológicas, como aumento ou queda de saturação, hipotermia. Assim, em neonatos menores de 26 semanas internados em UTIN, deve restringir-se à higiene ocular, da cavidade oral e do períneo, apenas limpeza com água estéril, sem friccionar.

No tópico 7, o J2 alertou para o uso do AGE. Estomaterapeutas têm indicado o AGE apenas quando há ruptura da pele, pois por atuar como um óleo em meio quente pode favorecer o aparecimento de lesões. Nos países em desenvolvimento, a aplicação tópica de óleos vegetais ricos em ácido linoleico é uma alternativa simples e de baixo custo, que melhora a função da barreira de pele, reduz os riscos de hipotermia e infecção, melhorando a sobrevida do RNPT. O emoliente também previne e trata ressecamento, descamação e fissuras na pele do RN (AWHONN, 2013).

A utilização de óleos como girassol, petrolato ou canola na pele do RN com IG inferior a 33 semanas, duas vezes ao dia, nas duas primeiras semanas de vida, melhora a hidratação e reforça a função de barreira, reduzindo os riscos de infecção (MARTINS; TAPIA, 2009). No subitem 4.2.5, o J2 aconselhou sua reescrita para “[...] decúbito: usar colchão piramidal ou aplicar esponjas aliviadoras de pressão”. O J3 alertou que, em 2 itens do protocolo, é necessário aplicar duas escalas: 1) Escala de condição de pele do RN e 2) Escala de Braden QS, logo, é necessário realizar uma breve explanação dos objetivos ou finalidades daquelas.

Com relação à estrutura do Protocolo, os J4 e J5 sugeriram que a capa deve apresentar-se com melhor qualidade, pois a figura não está nítida. Ademais, o formato vazado do tipo de letra se perde na figura, deixando a capa com aspecto visualmente poluído. Foi solicitado que os juízes fizessem uma análise geral do Protocolo construído, no intuito de avaliar sua funcionalidade e aplicabilidade na prática assistencial. Como resultado da análise foi evidenciado nas falas que o Protocolo: “é de fácil seguimento e compreensão”, “excelente produto desenvolvido com temas da rotina vivenciados na UTIN”, “relevantes para a prática assistencial, material excelente de qualidade e fácil uso” J3, J4 e J5 respectivamente.

Em relação à análise geral, após a validação do conteúdo, todos os juízes avaliaram o Protocolo como de fácil compreensão e relevante para uso na prática. Conforme observado nos comentários dos avaliadores, o Protocolo trará benefícios para os profissionais, melhorando a prática assistencial e cuidados voltados ao RN internado em UTIN.

Figura 3 – Protocolo Clínico de Enfermagem no Cuidado com a Pele do Recém-Nascido Pré-Termo. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019



Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Protocolo desenvolvido no estudo foi elaborado segundo a modalidade PCA e se destina aos RNPT que tem fisiologicamente uma pele imatura e mais susceptível a lesões devido às características em ambiente de cuidados intensivos, onde são necessárias inúmeras intervenções ao longo de sua permanência nesse ambiente, aumentando o risco de desenvolver injúrias. A fase de síntese do encontro coletivo e da entrevista semiestruturada permitiu um momento de sensibilização e educação continuada mútua sobre o assunto com os participantes, sendo possível uma autorreflexão dos saberes e práticas de cada um dos participantes, avaliando os limites e possibilidades de intervenções de Enfermagem para redução do evento adverso.

Durante as fases de elaboração do Protocolo foi possível identificar os principais fatores de risco para injúria da pele na realidade estudada etraçar um Plano de Cuidados específicos à clientela em questão. Os cuidados apontados pelas participantes nos encontros coletivos, como conteúdo do Protocolo, foram baseados em evidências científicas.

A concepção e avaliação do **Protocolo Clínico de Enfermagem no Cuidado com a Pele do Recém-Nascido Pré-Termo**, é uma ferramenta ímpar dentro da realidade da prevenção e tratamento

de lesões de pele em nossa realidade e foi possível incorporar indicadores na área pesquisada embasados em referências e na Medicina Baseada em Evidências. O Protocolo é o primeiro passo para a implementação de cuidados diferenciados e singulares ao RNPT em risco de lesões de pele e para a sensibilização das equipes à problemática na UTIN.

REFERÊNCIAS

AWHONN. Association of women's health, obstetric and neonatal nurses. Neonatal skin care: evidence-based clinical practical guideline. 3. ed. Washington, DC, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_mетодо_canguru_manual_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_mетодo_canguru_manual_3ed.pdf). Acesso em: 24 mar. 2020.

GURGEL, E. P. P. et al. Eficácia do uso de membrana semipermeável em neonatos pré-termo na redução de perdas transepídermicas. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 4, p. 818-824, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3610/361033311004.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2020.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, p. S192-S207, 2014. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000700024. Acesso em: 24 mar. 2020.

MARTINS, C. P.; TAPIA, C. E. V. A pele do recém-nascido prematuro sob a avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 62, n. 5, p. 778-783, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267019597023.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2020.

PIMENTA, C. A. M. et al. Guidelines for the construction of nursing care protocols. Coren-SP: São Paulo, 2015. Disponível em: <http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/guia%20construcao%20protocolos%2025.02.14.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da Enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

POMPEU, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de Enfermagem. Acta Paul. Enferm., v. 22, n. 4, p. 124-129, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2020.

SANTOS, S. V.; COSTA, R. Prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: o conhecimento da equipe de enfermagem. Texto & Contexto – Enfermagem, v. 24, n. 3, p. 731-9, 2015.

SCHAEFER, T. I. M. Avaliação das condições da pele em terapia intensiva neonatal do recém-nascido. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de Enfermagem. Texto & Contexto – Enfermagem, v. 26, n. 4, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/714/71453540042.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2020.

CAPÍTULO 12

PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA DA ASSISTÊNCIA

VANESSA FERREIRA LIMA

CARMEM GRACINDA SILVAN SCOCHI

1 INTRODUÇÃO

Independentemente dos benefícios conhecidos do aleitamento materno (AM) (VICTÓRIA et al., 2016) nas últimas décadas, o desmame precoce do aleitamento materno exclusivo (AME) (SILVA; SOARES; MACEDO, 2017) e o uso indiscriminado de substitutos do leite materno têm preocupado os profissionais de saúde, permanecendo o desafio de incrementar a prática do AME até o sexto mês (LIMA; NASCIMENTO; MARTINS, 2018).

Para que o início da amamentação seja eficaz é fundamental apoiar a mulher do pré-natal até o pós-parto e, para tal, os profissionais de saúde devem estar preparados para fornecer informações apropriadas e ter conhecimento e habilidades práticas no manejo do AM (AZEVEDO et al., 2015).

Torna-se necessário sensibilizar os profissionais da atenção primária para realizarem atividades de educação permanente em saúde, abordando esse tema a fim de aumentar seus conhecimentos, melhorar as ações desenvolvidas e a duração do AM (RAMOS et al., 2018).

Sendo a pesquisadora principal enfermei-

ra de uma Unidade de Saúde da Família (USF), tem-se vivenciado o desmame precoce e as dificuldades da manutenção do AME e, muitas vezes, o despreparo da equipe para lidar com o complexo processo do AM. Motivada por implementar melhorias nessa assistência, justifica-se este estudo pela escassez de dados locais sobre prevalência do AME e lacunas evidenciadas na atenção primária em um município do interior de Minas Gerais, Brasil, como o despreparo da equipe para orientar a prática da amamentação e a falta de padronização nas ações desenvolvidas. Portanto, vislumbrou-se a necessidade de instrumentalizar melhor tais profissionais para trabalhar na mesma linha de cuidado e promover o AM desde o pré-natal. Acredita-se que a construção de um guia prático com participação ativa da equipe multiprofissional de saúde da família poderá contribuir com a sistematização e melhoria do cuidado à gestante, binômio mãe-bebê e família no processo da amamentação e, futuramente, possibilitar redução do desmame precoce por causas evitáveis.

Assim, tem-se como questões norteadoras do estudo: Qual a situação local do AM na perspectiva das mães de bebês até seis meses de vida cadastrados e em seguimento na atenção básica? Como sistematizar a assistência de enfermagem e da equipe de saúde da família na promoção e apoio ao AME em crianças até o sexto mês de vida? Quais ações podem ser desenvolvidas a fim de padronizar a assistência ofertada por esses profissionais para incentivar o AME?

Portanto, tem-se aqui como objetivo geral, desenvolver e avaliar um guia prático à sistematização da assistência de enfermagem e da equipe de saúde para a promoção e apoio ao AME em crianças até o sexto mês de vida na atenção básica, com acompanhamento das gestantes, do binômio mãe-bebê e da família na atenção básica. E como objetivos específicos: conhecer a situação do AM e assistência recebida na perspectiva de mães de bebês em seguimento nas USF de um município do interior de Minas Gerais, Brasil; elaborar um guia prático para a promoção e apoio ao AME até o sexto mês de vida com a participação ativa de membros da equipe multiprofissional das USF e avaliar esse guia prático quanto à impressão geral da equipe multiprofissional de saúde da família relacionada ao conteúdo, organização e uso.

2 MÉTODO

Para o desenvolvimento do guia prático foi realizada uma pesquisa de intervenção fundamentada na pesquisa-ação, que seguiu as fases propostas por Thiolent (2011), o qual foi posteriormente avaliado por profissionais que atuam nas USF de um município no interior de Minas Gerais, Brasil. O estudo foi desenvolvido em três etapas, com amostras por conveniência de mães e pro-

fissionais, conforme seguem.

A primeira etapa constou da elaboração de um diagnóstico situacional sobre o AM nas áreas de abrangência das USF, por meio de entrevista com as mães de bebês até seis meses de vida cadastrados e em seguimento. Foram levantados dados sobre o tipo de aleitamento na alta hospitalar, intercorrências mamárias, idade pós-natal na entrevista, tipo de alimentação oferecida ao bebê, duração do AME, motivo da introdução de outros leites e alimentos, procura e obtenção de ajuda na USF, maior preocupação ou medo em relação ao AM, entre outros. Os critérios de inclusão foram: mães cujos bebês tinham até seis meses de vida e compareceram no atendimento agendado no período de coleta de dados (setembro a outubro de 2018) nas USF. Entrevistadas 17 mães, seguindo roteiro estruturado. Houve recusa de duas mães.

Na segunda etapa, foi desenvolvido o guia prático para promoção ao AME nos primeiros seis meses de vida, com participação ativa do grupo de trabalho constituído por membros das duas equipes, convidados pessoalmente, que atenderam aos critérios de inclusão: atuar na USF há mais de 24 meses, ser indicado pelos demais membros da categoria profissional e não estar de férias ou licença. Participaram desse grupo nove profissionais: um médico clínico, um pediatra, um dentista, um terapeuta ocupacional, um fonoaudiólogo, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e dois agentes comunitários de saúde (ACS). Houve recusa de um profissional. A fim de assegurar a representatividade das categorias profissionais, prezou-se pela participação de pelo menos um representante de cada uma destas.

Seguindo o referencial teórico-metodológico adotado (THIOLLENT, 2011) e tendo por base os resultados sobre a situação do AM nas USF (primeira etapa), a vivência dos profissionais do grupo de trabalho e a literatura atualizadas sobre o tema, foram desenvolvidas seis oficinas, coordenadas pela pesquisadora principal, realizadas uma vez por semana ou quinzenalmente em uma das USF no período de dezembro de 2018 a março de 2019, durante expediente de trabalho dos participantes, com duração máxima de 90 minutos. Os registros em atas das atividades, discussões e deliberações foram feitos pela pesquisadora, com a ajuda de auxiliar de pesquisa previamente treinado. O cronograma dos encontros foi definido pelos participantes ao final de cada oficina. Na última oficina, fez-se a avaliação final do guia prático por todo grupo de trabalho, introduzindo-se sugestões na versão final.

A terceira etapa do estudo constou da avaliação final do guia, por meio da impressão geral dos profissionais atuantes nas USF e do gestor municipal sobre o conteúdo, organização e o seu potencial uso. Participaram desta etapa a totalidade dos demais profissionais das USF, excluindo-se aqueles do grupo de trabalho e de férias ou em afastamento e licença no período da coleta dos

dados (março de 2019), perfazendo 18 profissionais: um enfermeiro gestor municipal, um dentista, dois auxiliares de saúde bucal, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem e 12 ACS. Não houve recusa dos profissionais. Cada participante recebeu cópia do guia prático e respondeu ao questionário autoaplicável, adaptado do estudo de Góes e colaboradoras (GÓES et al., 2011), contendo dados de identificação e impressão geral, estruturada em 16 afirmações positivas ou favoráveis, e o participante escolhia uma dentre as opções estabelecidas (Discordo fortemente, Discordo, Concordo, Concordo fortemente e Não sei) e, se julgasse pertinente, registrava observações ou sugestões em espaço reservado para tal; ainda, incluiu dois itens para registro do desejo de mudar e incluir algo no guia. Para evitar identificação e constrangimento do participante, em cada USF foi colocada uma caixa receptora para devolução do questionário preenchido.

Para análise dos dados relativos à primeira e terceira etapa, foi utilizada estatística descritiva. Na segunda etapa, todo o material resultante das oficinas multiprofissionais e as deliberações e conteúdos relativos às práticas que seriam implementadas, foram registrados em atas e incorporados no guia prático pela pesquisadora principal.

Quanto aos aspectos éticos, após anuência da secretaria de saúde do município onde foi realizada a pesquisa, o projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e aprovado com parecer número 2.899.166 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 91850418.9.0000.5393.

À elaboração do estudo procurou-se atender os critérios recomendados pelo guia Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0) (OGRINC et al., 2016).

3 RESULTADOS

Todas as entrevistas da primeira etapa foram realizadas de forma presencial, com duração de 30 a 65 minutos, mediana de 40 e média de 41,3 minutos.

Predominaram mães casadas ou em união consensual (15 – 88,2%), idade entre 16 e 38 anos (mediana de 26 e média de 28 anos), ensino fundamental incompleto (06 – 35,3%) e médio completo (06 – 35,3%) e que não trabalham fora do lar (11 – 64,7%). Quanto aos dados obstétricos, predominaram primíparas (10 – 58,8%), com média de duas gestações; sem história de amamentação anterior (11 – 64,7%); 10 ou mais consultas de pré-natal (09 – 52,9%); parto cesáreo (10 – 58,8%) e sem intercorrências (17 – 100%). A maioria dos neonatos foi do sexo feminino (09

– 52,9%); nascidos com idade gestacional de 39 a 40 semanas (14 – 82,3%), todos a termo com mediana de 40 semanas e 3 dias e média de 39 semanas e 3 dias; peso de 3000 a 3499 gramas (08 – 47,0%), variando de 2700 a 3510 gramas (mediana de 3125 e média de 3338,8) e Apgar 10 no quinto minuto (17 – 100%).

Na Tabela 1 são mostrados dados relacionadas ao AM.

Tabela 1 – Distribuição das 17 mães entrevistadas nas USF segundo variáveis relacionadas ao AM. Município do interior de MG, 2018

Variáveis	n (%)	Mediana (Min–Max)	Média
Hospital			
Tipo de aleitamento na alta			
Aleitamento materno exclusivo	17 (100)		
Intercorrências mamárias ^a			
Nenhuma	07 (41,2)		
Fissuras	06 (35,3)		
Ingurgitamento	03 (17,6)		
Mastite	01(5,9)		
Unidade básica			
Idade pós-natal na entrevista (dias)			
<30	02 (11,8)		
30-89	07 (41,1)	94 (13–205)	
90-149	04 (23,6)	99	
≥150	04 (23,5)		
Tipo de alimentação na entrevista			
Aleitamento materno exclusivo	09 (52,9)		
Aleitamento materno + fórmula ou leite fluído	02 (11,8)		
Aleitamento materno + fórmula ou leite fluído + alimentação complementar	02 (11,8)		
Fórmula ou leite fluído	02 (11,8)		
Fórmula ou leite fluído + alimentação complementar	02 (11,8)		
Duração do aleitamento materno exclusivo (dias)		55 (9–124)	
		61	

Motivo da introdução de outros leites e alimentos ^b

Pouco/Diminuição do leite materno	08 (42,1)
Perda ou Diminuição do ganho de peso do bebê	05 (26,3)
Choro intenso do bebê	03 (15,8)
Volta ao trabalho materno	02 (10,5)
Recusa do peito pelo bebê	01 (5,3)

Após alta hospitalar, procura e obtenção de ajuda na USF

Não	13 (76,5)
Sim. Enfermeiro e pediatra	04 (23,5)

Maior preocupação ou medo em relação ao aleitamento materno

Ter pouco/insuficiente leite	05 (29,4)
Não ter leite	03 (17,6)
Não sustentar o bebê	02 (11,8)
Ansiedade	02 (11,8)
Outros	05 (29,4)

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

^a Das 10 puérperas que tiveram problemas com a mama, cinco relataram duas intercorrências.

^b Das oito mães que não estavam em AME, quatro verbalizaram três motivos, três apontaram dois motivos e uma relatou um motivo para a introdução de outros leites ou alimentação complementar.

A segunda etapa, construção do guia prático, ocorreu com a participação ativa do grupo de trabalho nas discussões e dinâmicas, tendo por base os resultados sobre a situação do AM entre mães de bebês em seguimento nas USF, a vivência desses profissionais e a literatura atualizada sobre o tema.

Os participantes das oficinas acataram a sugestão de organizar o conteúdo relativo às dúvidas e dificuldades sobre o AM (importância da amamentação e da família e comunidade nesse processo; classificação do AM; produção e cor do leite humano; técnicas da amamentação, ordenha e armazenamento do leite; mitos e verdades sobre amamentação; leite fraco e insuficiente; prevenção de intercorrências mamárias e do desmame precoce; manejo do bebê com dificuldade para sugar, mama toda hora e dorme chupetando, etc.), em forma de perguntas com respostas embasadas em publicações técnico-científicas, delegando-se à pesquisadora principal a responsabilidade por redigir a versão preliminar do guia, que passou por revisão técnica de três enfermeiros

experts em AM. Houve inclusão de roteiro de abordagem e detalhamento das ações no guia prático para esclarecer aos profissionais o que fazer para promover e apoiar ao AM durante atendimentos no pré-natal, primeiro e até o sexto mês de vida, discriminando-se todas as ações (incluindo orientações sobre direitos e retorno da mãe ao trabalho), periodicidade e profissionais responsáveis.

No processo de desenvolvimento da segunda etapa, evidenciou-se interesse e motivação dos participantes, todos trouxeram vivências e sugestões à melhoria da assistência, participando ativamente das discussões, e alguns trouxeram artigos para embasar e aprimorar o texto. Possibilitou ainda, aquisição de conhecimentos e habilidades para o manejo da amamentação na atenção básica pelos profissionais participantes.

Todos os profissionais concordaram com a importância da educação permanente da equipe sobre o manejo do AM, a fim de aprender mais sobre o tema e ter mais segurança para atuar junto às gestantes e nutrizes.

Os participantes do grupo de trabalho receberam cópia da versão preliminar do guia quatro dias antes da sexta oficina para leitura e emissão de sugestões, as quais foram discutidas e aprovadas coletivamente na última oficina de trabalho. Pequenos ajustes se fizeram necessários em relação às ações da equipe.

Com base nas discussões e sugestões ocorridas a partir da quarta oficina, foram incluídas novas ações e expandidas as atuações de alguns profissionais, sintetizadas a seguir.

Quadro 1 – Novas ações a serem desenvolvidas nas USF e profissionais envolvidos. Município do interior de MG, 2018

Ações a serem desenvolvidas	Profissionais envolvidos
Inclusão de grupos educativos em sala de espera para mães nos dias de puericultura.	Médico, enfermeiro, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo.
Expansão da atuação da terapeuta ocupacional com dinâmica de interação entre mães e equipe, nas atividades programadas no primeiro mês pós-nascimento, em grupos de orientações em sala de espera e visita domiciliar (VD) compartilhada com enfermeiros e/ou médico na primeira semana de vida do bebê ou sempre que solicitado pela mãe ou ACS, favorecendo o vínculo com equipe.	Terapeuta ocupacional, enfermeiro e/ou médico.

<p>Incentivo aos profissionais quanto a práticas como: ouvir as mães em suas queixas, ensinar atividades de relaxamento à mãe, etc., em todas as ações.</p>	<p>Todos os profissionais das USF.</p>
<p>Expansão da atuação do fonoaudiólogo com VD compartilhada na primeira semana de vida do bebê, com orientações sobre os testes da linguinha e da orelhinha, benefícios do AM e riscos do uso de chupetas e mamadeiras.</p>	<p>Fonoaudiólogo.</p>
<p>Implantação da VD rotineira do enfermeiro ou médico na primeira semana de vida da criança. Essa prática só era realizada pelo enfermeiro de uma das USF, conforme solicitação da nutriz.</p>	<p>Enfermeiro, médico.</p>
<p>Implantação da visita do dentista na primeira quinzena de vida do bebê, em uma das USF, conforme prática na outra unidade.</p>	<p>Dentista.</p>
<p>Inclusão de agendamento com dentista entre o 40º e 45º dia após o parto e no quinto mês de vida, na mesma data da consulta médica para favorecer a vinda da mãe na USF; a partir daí agenda-se acompanhamento do bebê com o dentista, se necessário.</p>	<p>Dentista.</p>
<p>Inclusão de agendamento da consulta médica para a puérpera-nutriz, na mesma data da consulta de puericultura, entre 40º e 45º dias após o parto.</p>	<p>Médico.</p>
<p>Implantação de educação permanente sobre AM, periodicamente, com todos os profissionais das USF para atualização de conhecimentos e práticas.</p>	<p>Todos os profissionais das USF.</p>

O produto final foi um guia prático à promoção do AM nas USF, estruturado em duas partes: a primeira versa sobre algumas dúvidas relacionadas ao tema na forma de perguntas e respostas e, a segunda, contém as ações, periodicidade e responsabilidade da equipe multiprofissional na promoção do AM, agrupando-as em três fases assistenciais: pré-natal, primeiro mês após o nasci-

mento e seguimento até o sexto mês nas USF.

Houve grande envolvimento dos profissionais nas atividades das oficinas; avanços na maneira de pensar, ler e buscar evidências para instrumentalizar a prática e contribuição por meio desta pesquisa à prática assistencial dirigida à promoção e apoio ao AM nas USF. Nas oficinas, apontaram-se os ajustes a serem feitos na assistência e um plano de ações foi construído junto com o guia prático, favorecendo futuramente uma melhor atenção para mães e bebês atendidos no município.

A avaliação do guia prático, terceira etapa, foi realizada pela totalidade de profissionais das duas USF (17) que atenderam aos critérios de inclusão e pelo gestor municipal que é enfermeiro. A idade deles variou de 28 a 56 anos, com mediana de 37 anos; a maioria é casado (83,3%) e com ensino médio completo (61,1%).

Quanto à impressão geral sobre o conteúdo, organização e potencial uso do guia, Tabela 2, predominou “Concordo Fortemente” no conjunto de todas as afirmações positivas (59,7%) e em 14 delas; manifestação “Concordo” foi mais frequente em duas afirmações (4 e 9).

Tabela 2 – Afirmações avaliativas sobre o guia prático para a promoção ao AM segundo a impressão geral dos profissionais das USF e gestor municipal. Município do interior de MG, 2019

Afirmações sobre o guia prático	Concordo n (%)	Concordo fortemente n (%)
1. A apresentação do guia prático favorece o aprendizado da temática.	07 (38,9)	11 (61,1)
2. As informações contidas auxiliam no processo de trabalho.	05 (27,8)	13 (72,2)
3. O guia prático tem indicação de uso como ferramenta educacional.	04 (22,2)	14 (77,8)
4. Você recomenda o guia prático para outras USF ou instituições de saúde que abordam esse tema no processo de trabalho.	11 (61,1)	07 (38,9)
5. Os objetivos do guia prático estão claramente definidos.	06 (33,3)	12 (66,7)
6. O guia prático tem coerência com os objetivos a que se propõe.	07 (38,9)	11 (61,1)
7. O conteúdo é coerente com o público-alvo.	08 (44,4)	10 (55,6)
8. As informações são claras e precisas.	08 (44,4)	10 (55,6)
9. As informações são suficientes aos profissionais.	12 (66,7)	06 (33,3)
10. Conteúdo apresenta organização lógica.	07 (38,9)	11 (61,1)
11. Os textos são de fácil leitura.	08 (44,4)	10 (55,6)
12. Uso correto da gramática.	06 (33,3)	12 (66,7)
13. O guia prático estimula aprendizagem.	06 (33,3)	12 (66,7)
14. O guia prático permite o aprendizado baseado na experiência prévia do profissional.	07 (38,9)	11 (61,1)

15. O guia prático organizará o processo de trabalho de acordo com esse tema.	08 (44,4)	10 (55,6)
16. O guia prático trará uma melhora no atendimento do público-alvo.	06 (33,3)	12 (66,7)
TOTAL	116 (40,3)	172 (59,7)

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

4 DISCUSSÃO

Incentivar e melhorar a assistência em USF é um grande desafio. Cabe considerar que toda construção de conhecimento deve fazer parte de um processo que favoreça a compreensão e apropriação de ideias (SOBRAL et al., 2018).

Quanto ao tema do estudo, tem-se que a amamentação está relacionada a padrões culturais de uma comunidade. Com isso é importante sempre buscar novos estudos que auxiliem em ações pertinentes a realidade local (DOMINGUES et al., 2017). Assim, o diagnóstico situacional sobre o AM no município possibilitou identificar os aspectos positivos e desafios na manutenção do AME conforme as recomendações com o intuito de implementar ações compatíveis com o contexto local.

Embora este estudo com clientela assistida em USF caracterize um panorama satisfatório nas taxas de AM, permanece o desafio de alcançar a recomendação da amamentação exclusiva por seis meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019; WHO, 2017), pois a duração média do AME no momento da entrevista foi de 61 dias, com variabilidade de 9 a 124 dias.

Ademais, o principal motivo relatado pelas entrevistadas para introdução de outros leites ou alimentação complementar foi “pouco ou diminuição do leite materno”, constituindo-se também na causa central de preocupação ou medo em relação a amamentação, corroborado pela representação do “choro intenso do bebê”. Sabe-se que o choro forte e incessante do bebê e o pensamento materno de fome legitimam a compreensão da mãe que ela pode ter pouco leite e que há necessidade de introduzir outro tipo de alimento em substituição ao leite materno (LIRA et al., 2017).

No guia prático construído, aspectos relacionados à proteção e manejo da amamentação, como leite insuficiente ou pouco leite, percepção de leite fraco pela mãe, prevenção e intervenções adequadas nas intercorrências mamárias, direitos trabalhistas e retorno da mãe ao trabalho também foram contemplados, visto que apresentam relativa prevalência destes assuntos

no diagnóstico situacional local, além de serem questões que podem influenciar no sucesso do AM ou no desmame precoce apontadas em outros estudos (BARBOSA *et al.*, 2015; BOCCOLINI *et al.*, 2017; CORRÊA *et al.*, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019; NERI; ALVES; GUIMARÃES, 2019).

Outro aspecto identificado no diagnóstico situacional que pode contribuir para o desmame precoce é a intercorrência mamária. Nesse estudo, verificou-se que 58,8% das entrevistadas apresentaram alguma intercorrência dessa natureza, contudo apenas 23,5% dessas mães procuraram ajuda na USF; tal fato reforça a importância em iniciar as orientações sobre AM o quanto antes, mantê-las durante toda gestação e acompanhar as nutrizes principalmente após o parto (BARBOSA *et al.*, 2015), considerando as crenças, a cultura e as necessidades dessas mães, afinal o aconselhamento profissional adequado faz toda a diferença para evitar o desmame precoce (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

A confiança materna interfere fortemente na amamentação e pode ser influenciada pelo apoio de profissionais capacitados (ROBINSON *et al.*, 2019). A informação é fundamental para aumentar a autoconfiança da gestante e da puérpera, contribuindo com a superação das adversidades vivenciadas no ciclo grávido-puerperal (PEREIRA *et al.*, 2019). Há relatos de que quanto maior a confiança da mulher, mais longo é o tempo de amamentação (VARGAS *et al.*, 2016).

Nesse sentido, a implantação deste guia prático para os profissionais das USF vem contribuir para a ampliação do conhecimento e sistematizar a assistência da equipe e, consequentemente, aumentar a confiança materna em relação à amamentação no pós-alta, contribuindo para o cumprimento da recomendação do AME até os seis meses de vida da criança. Num estudo realizado na Suécia foi apontado que as mães têm conhecimento sobre amamentação, porém o apoio do profissional é de extrema importância após alta hospitalar, sendo primordial nas primeiras semanas de vida, para evitar introdução de outro alimento que não seja o leite materno (THET *et al.*, 2016).

Ainda, no desenvolvimento do guia prático, o conhecimento foi construído de forma conjunta, tendo participação ativa dos profissionais da saúde e reconhecimento das mudanças necessárias a serem implementadas na assistência. Com o processo de elaboração deste guia, várias mudanças na prática clínica foram alcançadas, destacando-se a inclusão de grupos educacionais na sala de espera das unidades, dinâmicas de interação entre mães e equipe, VD compartilhadas, inclusão de acompanhamento odontológico e implantação de educação permanente sobre AM para a equipe multidisciplinar. Tal impacto positivo está em consonância com a afirmação de que

materiais educativos podem trazer transformações significativas na prática, desenvolvimento de novas habilidades e mudança de comportamento (CARDOSO; MARINHO, 2019).

Estudo de revisão integrativa verificou que na maioria das vezes os profissionais são informados sobre o AM, porém apresentam conhecimento científico insuficiente acerca do manejo das técnicas e das dificuldades na amamentação relatadas pelas nutrizes. Nesse sentido, o treinamento das equipes de saúde da família é importante para abordar de maneira sistematizada as informações e ações sobre o tema com o público-alvo (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015), atestando os relatos dos profissionais do grupo de trabalho que afirmaram ter tido contato com amamentação no trabalho, contudo não se sentiam seguros para orientar o seu manejo principalmente nas queixas trazidas pelas mães.

O conhecimento teórico e prático sobre o tema deve ser ofertado para todos os profissionais da atenção básica, pois esses serviços são os que desenvolvem as principais ações no pré-natal e puerpério, momentos importantes à promoção e apoio ao AM, auxiliando e informando as mulheres sobre o processo da amamentação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Além disso, ações conjuntas com a equipe que favoreçam a melhoria da assistência na atenção primária promovem avanços na integralidade do cuidado à essa clientela.

Para tanto, pode usar-se a técnica de intervenção que tem o sujeito como autor, construtor de conhecimento com a finalidade de mudar a prática de determinado tema. As mudanças devem ser construídas em grupos, com ideias, diálogos e troca de experiências exitosas ou não para o objetivo proposto (MICKAN et al., 2019).

A participação em grupos operativos tem como maior objetivo a mudança na prática e aumento do conhecimento, proporcionando visão crítica da realidade com foco nas ações pertinentes a essas mudanças (MENEZES; AVELINO, 2016). Tais aspectos foram contemplados na condução das oficinas de trabalho, obtendo-se a participação de todos os membros das diferentes categorias profissionais com informações de dados locais relacionados ao AM, acesso às evidências, troca de experiências acerca da atuação, queixas e dificuldades encontradas nessa assistência e possibilidades e sugestões para melhorar a assistência nas USF, culminando com mudanças na prática conforme apontam os resultados.

A prática baseada em evidência é uma abordagem que agrega a melhor evidência científica disponível com a experiência clínica ou expertise do profissional e a escolha do cliente ou paciente, culminando em maior resolutividade na assistência em saúde (SAUNDERS; VEHVILAINEN-JULKUNEN, 2016). Todo conteúdo do guia foi embasado na literatura científica, levando em

consideração o contexto local e as vivências dos profissionais, além de passar por revisão técnica de enfermeiros experts em AM.

O desenvolvimento da prática baseada em evidência na atenção primária em saúde depende não somente da atitude dos profissionais, mas também da organização e dos processos de trabalho da equipe. Os profissionais precisam se aprimorar para o seu desenvolvimento e da tomada de decisão compartilhada com a clientela e equipe multiprofissional. Ainda, é importante que esta abordagem seja trabalhada desde a graduação, o que inclui as instituições formadoras, como também os serviços de saúde que devem estimular a produção e o consumo de evidências científicas numa parceria entre academia e serviços (SCHINEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018).

Quanto à última etapa do estudo, a avaliação do guia prático, na sua realização obteve-se parecer muito positivo por todos os profissionais das equipes das USF e gestor municipal, em consonância com o critério adotado para validação de objeto virtual de aprendizagem e vídeo educativo, isto é, se 80% ou mais dos juízes atribuíssem conceito concordo ou concordo fortemente em cada item do instrumento (GÓES et al., 2011; NAZARIO et al., 2021).

Entende-se que a participação dos profissionais no desenvolvimento do guia foi primordial para que o conhecimento seja aprimorado e as ações desenvolvidas de maneira satisfatória, pois apesar da prevalência do AME em caracterizar um panorama satisfatório, permanece o desafio de alcançar a recomendação da amamentação exclusiva por seis meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, 2019; WHO, 2017), e de sistematizar a assistência da equipe multiprofissional, contribuindo com a melhoria de indicadores e satisfação da clientela, evitando o desmame precoce por motivos passíveis de prevenção e intervenções adequadas. Corroborando com essas potenciais contribuições, tem-se os resultados de estudo transversal no Rio de Janeiro-RJ, mostrando que receber orientações na unidade básica de saúde sobre a importância do AME por seis meses consistiu em associação positiva dessa prática (ALVES; OLIVEIRA; RITO, 2018).

Pelo exposto, considera-se que o guia prático desenvolvido está validado a partir de sua avaliação positiva e aprovação pelo grupo de trabalho, equipes das USF e gestor municipal. Portanto, está pronto para ser implantado no município, inserido em um plano gestor municipal que contemple a capacitação e treinamento das equipes no manejo clínico e aconselhamento em amamentação, num projeto articulado às diretrizes da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e com a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil inserida na Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Criança, na expectativa que essa atuação conjunta exerça um efeito sinérgico na prática do AME até o sexto mês de vida.

5 CONCLUSÃO

Esta investigação possibilitou o reconhecimento da situação do AM em clientela acompanhada nas USF de um município mineiro. Mobilizou e agregou conhecimento teórico-prático sobre o manejo da amamentação ao grupo de trabalho multidisciplinar, tendo como produto técnico a construção coletiva do guia prático, aprovado pelas equipes e considerado relevante para instrumentalizar e sistematizar a assistência à promoção e apoio ao AME até o sexto mês, no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

Recomenda-se sua implantação na Atenção Primária à Saúde, com capacitação e educação permanente das equipes do município, podendo se estender a outros locais. Novas pesquisas são necessárias para avaliar o impacto da implementação deste guia prático nas taxas de AME até os seis meses de vida nas crianças adstritas nestas USF.

Como limitação deste estudo, aponta-se o reduzido período para o desenvolvimento das três etapas planejadas, impactando no tamanho amostral de mães entrevistadas na primeira etapa e na participação do grupo de trabalho na redação do guia prático, que ficou sob a responsabilidade da pesquisadora principal, aspecto esse contextualizado pela falta de conhecimento atualizado no tema e de tempo disponível para tal, além de evidenciar a ausência da cultura de sistematizar coletivamente avanços na prática em protocolos de ação nas USF investigadas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M.; LUZ, S. A. B.; UED, F. V. Support of breastfeeding by health professionals: integrative review of literature. *Rev. Paul. Pediatr.*, v. 33, n. 3, p. 355-362, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2359348215000172#sec0025>. Acesso em: 3 abr. 2020.

ALVES, J. S.; OLIVEIRA, M. I. C.; RITO, R. V. V. F. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 23, n. 4, p. 1077-1088, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n4/1077-1088/pt>. Acesso em: 3 abr. 2020.

AZEVEDO, A. R. R. et al. O manejo clínico da amamentação: saberes dos enfermeiros. *Esc. Anna Nery*, v. 19, n. 3, p. 439-445, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0439.pdf>. Acesso em: 2 set. 2020.

BARBOSA, L. N. et al. Prevalência de práticas educativas acerca do aleitamento materno exclusivo em Cuiabá-MT. *Esc. Anna Nery*, v. 19, n. 1, p. 147-153, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100147&lng=en. Acesso em: 25 abr. 2018.

BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. *Rev. Saúde Públ.*, v. 51, e1082017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000029.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2020.

CARDOSO, I. B. P.; MARINHO, D. F. Tecnologia educativa para o autocuidado de pacientes submetidos ao dreno torácico. *Rev. Aten. Saúde*, v. 17, n. 61, p. 74-82, 2019. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5961/pdf. Acesso em: 30 jul. 2020.

CORRÊA, J. M. E. et al. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre aleitamento materno exclusivo. *Braz. J. Hea Rev.*, v. 2, n. 6, p. 5280-5294, 2019. Disponível em: <http://brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/4649/4306>. Acesso em: 3 abr. 2020.

DOMINGUES, C. C. et al. Dificuldades no estabelecimento da amamentação: visão das enfermeiras atuantes nas unidades básicas de saúde. *Rev. Enferm. UERJ*, n. 25, e14448, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/14448>. Acesso em: 10 nov. 2020.

FIGUEIREDO, J. T. C. et al. Causas e consequências do desmame precoce e as intervenções dos profissionais enfermeiros. *Reon. Facema*, v. 4, n. 3, p. 1158-1163, 2018. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/332/248>. Acesso em: 1 abr. 2020.

GÓES, F. S. N. et al. Avaliação do objeto virtual de aprendizagem. Raciocínio diagnóstico em enfermagem aplicado ao prematuro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 19, n. 4, p. 894-901, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_07.pdf. Acesso em: 2 set. 2020.

LIMA, A. P. C.; NASCIMENTO, D. S.; MARTINS, M. M. F. A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce: uma revisão integrativa. *J. Health Biol. Sci.*, v. 6, n. 2, p. 189-196, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unicristus.edu.br/jhbs/article/view/1633/640>. Acesso em: 12 mar. 2021.

LIRA, E. L. B. et al. Fatores responsáveis pela interrupção precoce da amamentação: uma revisão integrativa. *RIES*, v. 6, n. 2, p. 83-93, 2017. Disponível em: <http://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1043/690>. Acesso em: 13 jul. 2020.

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Cad. Saúde Colet.*, v. 24, n. 1, p. 124-130, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-24-1-124.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2020.

MICKAN, S. et al. The impact of a small-group educational intervention for allied health professionals to enhance evidence-based practice: mixed methods evaluation. *BMC Med. Educ.*, n. 19, p. 131, 2019. Disponível em: <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12909-019-1567-1>. Acesso em: 2 abr. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Bases para a discussão da política nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf. Acesso em: 2 jun. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/guia-alimentar-para-criancas-brasileiras-menores-de-2-anos/>. Acesso em: 4 set. 2020.

NAZARIO, A. P. et al. Desenvolvimento e avaliação de vídeo educativo para família sobre alívio da dor aguda do bebê. *Rev. Gaúcha Enferm.*, n. 42, e20190386, 2021. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/111392/60628>. Acesso em: 14 mar. 2021.

NERI, V. F.; ALVES, A. L. L.; GUIMARÃES, L. C. Prevalência de desmame precoce e fatores relacionados em crianças do Distrito Federal e entorno. *REVISA*, v. 8, n. 4, p. 451-459, 2019. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/450/353>. Acesso em: 3 abr. 2020.

OGRINC, G. et al. SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Qual. Saf.*, n. 25, p. 986-992, 2016. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/25/12/986.full.pdf>. Acesso em: 2 set. 2020.

PEREIRA, R. M. et al. O conhecimento do enfermeiro acerca do manejo clínico da amamentação: saberes e práticas. *Rev. Fun. Care Online*, v. 11, n. 1, p. 80-87, 2019. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6476/pdf_1. Acesso em: 12 jul. 2020.

RAMOS, A. E. Knowledge of healthcare professionals about breastfeeding and supplementary feeding. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 71, n. 6, p. 2953-2960, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n6/0034-7167-reben-71-06-2953.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2020.

ROBINSON, A. et al. Facebook support for breastfeeding mothers: a comparison to offline support and associations with breastfeeding outcomes. *Digit. Health*, n. 5, 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2055207619853397>. Acesso em: 2 abr. 2020.

SAUNDERS, H.; VEHVILAINEN-JULKUNEN, K. The state of readiness for evidence-based practice among nurses: an integrative review. *Int. J. Nurs Stud.*, v. 56, p. 128-140, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748915003351?via%3Dihub>. Acesso em: 28 jan. 2019.

SCHINEIDER, L. R.; PEREIRA, R. P. G.; FERRAZ, L. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate*, v. 42, n. 118, p. 594-605, 2018. Disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/43/157>. Acesso em: 1 maio 2019.

SILVA, D. P.; SOARES, P.; MACEDO, M. V. Aleitamento materno: causas e consequências do desmame precoce. *Rev. Unimontes Cient.*, v. 19, n. 2, p. 146-157, 2017. Disponível em: <http://ruc.unimontes.br/index.php/unientifica/article/view/489/454>. Acesso em: 12 mar. 2021.

SOBRAL, I. L. L. et al. Conhecimento de profissionais da atenção básica sobre as competências de promoção da saúde. Rev. Bras. Promoç. Saúde, v. 31, n. 2, p. 1-7, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6653/pdf>. Acesso em: 1 maio 2020.

THET, M. M. et al. Barriers to exclusive breastfeeding in the Ayeyarwaddy Region in Myanmar: qualitative findings from mothers, grandmothers, and husbands. Appetite, n. 96, p. 62-69, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666315300118?via%3Dhub>. Acesso em: 1 abr. 2020.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VARGAS, G. S. et al. Atuação dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família: promoção da prática do aleitamento materno. Rev. Baiana Enferm., v. 3, n. 2, p. 1-9, 2016. Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14848/pdf_32. Acesso em: 12 jul. 2020.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet, v. 387, n. 10017, p. 475-490, 2016. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/fulltext). Acesso em: 11 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

CAPÍTULO 13

A PESQUISA-AÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA A CONSTRUÇÃO DE UM GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES DE PELE

LISANE NERY FREITAS

VANIA CELINA DEZOTI MICHELETTI

DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCCHE

JULIA BITTENCOURT DE OLIVEIRA

CLAUDIA HELENA LINDENMEYER

SANDRA MARIA CEZAR LEAL

AMANDA MASTROBERTI FISCHER

INTRODUÇÃO

Os atendimentos de usuários com lesões de pele ou feridas estão incluídos entre as principais demandas da Atenção Básica (AB), representa um problema de saúde pública no Brasil, entretanto são escassos os registros desses atendimentos, em especial, no cenário da AB (OLIVEIRA et al., 2012). Nesse contexto se faz necessário organizar a assistência e os cuidados de enfermagem aos usuários com feridas, incluindo a realização dos curativos.

Resultados de estudos tem demonstrado que os cuidados realizados, em sua maioria, não são registrados de acordo com padrões estabelecidos conforme prevê a Lei do exercício profissional. (OLIVEIRA et al., 2016; SALVETTI et al., 2014; SANTOS, 2014; SOARES et al., 2015a). Dessa forma, destaca-se a necessidade da sistematização dos cuidados de enfermagem para a prevenção de lesões de pele e promoção do processo de cicatrização, visando à recuperação da integridade da pele dos usuários, além da qualificação dos registros de enfermagem e do plano assistencial dos usuários com feridas na AB. (OLIVEIRA et al., 2016).

Neste estudo, o foco da Sistematização da Assistência de Enfermagem está voltado ao cuidado ao usuário com lesão de pele, atendido na Atenção Básica do município de São Leopoldo. O delineamento dos objetivos e do método desta pesquisa partiu das necessidades do município, apontadas pelo grupo formado pela Gestão e pelos profissionais da Atenção Básica. Diante do exposto, foram elaboradas questões de pesquisa que, ao serem respondidas, poderão contribuir para apontar possibilidades de caminhos, entre as quais se destacam: como implantar a SAE no cuidado ao usuário com lesões de pele, atendidos no município de São Leopoldo?

Cabe dizer que esse estudo faz parte do “Pesquisa e Intervenção em Enfermagem: Sistematização da Assistência de Enfermagem para o Fortalecimento da Rede de Saúde de São Leopoldo/RS”, contemplado com recurso do Edital Acordo CAPES/COFEN Edital nº 27/2016, que teve entre seus objetivos, contribuir para a Sistematização da Assistência de Enfermagem no cuidado ao usuário com lesão de pele.

2 MÉTODO

Este estudo tem como referencial metodológico a pesquisa-ação, que é um tipo de pesquisa social com base empírica, sendo concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou resolução de um problema coletivo. Nessa condição, os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo das soluções a serem encaminhadas, por meio de ação concreta. Durante o processo, há o acompanhamento das decisões, das ações e de toda a atividade intencional dos atores da situação. (THIOLLENT, 2011).

Nosso objetivo geral foi o de implantar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no cuidado ao usuário com lesão de pele, atendido na Rede de Atenção Básica de Saúde São Leopoldo no Rio Grande do Sul. Para subsidiar o planejamento da SAE, também foi adotada a Teoria das Necessidades Humanas Básica de Wanda de Horta (2011).

Cenário do estudo

O município de São Leopoldo está localizado no Vale do Rio dos Sinos no Estado do Rio Grande do Sul, com população de 213.238 habitantes. A Rede de Atenção à Saúde é composta por um Hospital geral, Serviço Atendimento Especializado - SAE e Tisiologia, uma Unidade Pronto Atendimento, três Centros de Atenção Psicossocial (Álcool/Drogas, Infantil, Adulto), um Centro de Saúde,

um Centro Médico, doze Unidades Básicas de Saúde (UBS), nove Unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), um Lar de Idosos (Lar São Francisco) e um espaço de saúde. O município conta ainda com a equipe do Programa Melhor em Casa (programa do governo federal) para assistência de pacientes conforme necessidade.

O cenário deste estudo foi a Rede Básica de Saúde, constituída por nove Unidades de Saúde da Família, as quais são: ESF/UBS Brás, ESF/UBS COHAB Feitoria, ESF/UBS COHAB Duque, ESF/UBS Parque Mauá, ESF/UBS Paim/Paulo Couto, ESF/UBS Rio dos Sinos, ESF/UBS Santo André, ESF/UBS Santos Dumont e ESF/UBS Trensurb. As doze Unidades Básicas de Saúde são estabelecidas pelos serviços: UBS Baum, UBS Campestre, UBS Campina, UBS Imigrante Feitoria, UBS Jardim América, UBS Materno Infantil, UBS Padre Orestes, UBS Pinheiro, UBS Rio Branco, UBS São Cristóvão, UBS Scharlau, UBS Vicentina. Os outros serviços são compostos por: um espaço de saúde, o Espaço Santa Marta; um Centro de Saúde, o Centro de Saúde Feitoria; um Centro Médico, o Centro Médico Capilé; um Lar de Idosos de São Leopoldo, o Lar de Idosos São Francisco e o Programa Melhor em Casa.

Protocolo do estudo

A seguir, no Quadro 1, são descritas as etapas 12 da pesquisa-ação recomendadas por Thiolent (2011), desenvolvidas neste estudo, as quais, segundo o autor, não precisam estar rigidamente ordenadas, sendo um roteiro flexível, de forma a contemplar as circunstâncias e dinâmica interna do grupo envolvido. (THIOLLENT, 2011).

Quadro 1 – Descrição das etapas da pesquisa-ação desenvolvidas para implantar a Sistematica

zação da Assistência de Enfermagem no cuidado ao usuário com lesão de pele, atendido na Rede de AB de Saúde São Leopoldo no Rio Grande do Sul. São Leopoldo-RS, 2019

ETAPAS	Descrição acções desenvolvidas em cada etapa da pesquisa-ação
1. Fase exploratória	<p>Reuniões com gestores e profissionais da RAS de São Leopoldo/RS: apresentação e discussão do projeto e ajustes, de acordo com a realidade do município (jan-mar/18).</p> <p>Apoio para a criação do Comitê de Cuidados da Pele no município de São Leopoldo (CCPele-SL).</p>
2. O tema da pesquisa	<p>Atenção ao usuário com lesão de pele atendido na Atenção Básica de São Leopoldo, partindo das necessidades do município sobre o cuidado ao usuário com lesão de pele,</p> <p>apontadas pelo CCPele-SL.</p>
3. A colocação dos problemas	<p>Desconhecimento do perfil demográfico dos usuários com lesão de pele atendidos na AB de SL, bem como a caracterização destas lesões.</p> <p>Inexistência de um Guia orientador de cuidados de enfermagem no município, contemplando prevenção e tratamento ao usuário com lesão de pele, de acordo com as lesões mais prevalentes na Atenção Básica</p>
4. O lugar da teoria	Teoria de Wanda Horta (2011)
5. Hipóteses	<p>A caracterização dos usuários com lesão de pele poderá nortear a elaboração do Guia de cuidados de enfermagem para prevenção e tratamento de lesão de pele na Rede de Atenção Básica de São Leopoldo?</p>
6. Seminário	<p>Encontros temáticos sobre prevenção e tratamento de lesão de pele na Rede de Atenção Básica de São Leopoldo;</p> <p>Reuniões periódicas (quinzenais ou mensais): Criação do CCPele- SL (Portaria), alternando com presença dos representantes das Unidades.</p> <p>Reuniões durante todas as etapas da pesquisa que geraram os produtos: Instrumento de avaliação das lesões de pele; Material de Apoio referente ao tema; Guia de cuidados de enfermagem para prevenção e tratamento de lesão de pele na Rede de Atenção Básica de São Leopoldo.</p>
7. Campo de observação ou amostragem e representatividade qualitativa	<p>Rede de Atenção em Saúde de São Leopoldo (campo de observação).</p> <p>Participantes do CCPele-SL (representatividade qualitativa).</p>

8. Coleta de dados	<p>Participação nos seminários (reuniões do CCPele-SL) durante toda a pesquisa;</p> <p>Coleta de dados nos registros dos Instrumentos do CCPele-SL sobre o perfil dos usuários com lesão de pele atendidos na RAS de SL.</p>
9. Aprendizagem	<p>Reuniões do CCPele-SL: compartilhamento de experiências (vivências e problemáticas) entre os profissionais de diferentes serviços. Discussão de casos. Produção e circulação de informação, tomada de decisão em torno das ações</p> <p>desenvolvidas durante a pesquisa.</p>
10. Saber formal/ saber informal	<p>Análise dos dados com a Teoria de Wanda Horta (saber formal).</p> <p><i>Reflexão da prática diária: “o que não está nos protocolos”</i></p> <p>(saber informal).</p> <p>Encontros entre os profissionais para discutir o surgimento do saber formal</p>
11. Plano de ação	<p>Elaborar Guia de cuidados de enfermagem à prevenção e tratamento de lesões de pele na Rede de Saúde de São Leopoldo.</p> <p>Proposta de Plano de Programa de Educação Permanente em Saúde à equipe de enfermagem da AB sobre o cuidado aos usuários com lesões de pele.</p>
12. Divulgação externa	<p>Divulgação dos resultados para a secretaria de saúde do município de São Leopoldo.</p> <p>Publicação dos resultados da pesquisa em congressos e eventos da área de enfermagem de feridas no Brasil.</p> <p>Participação da Gestão do processo favorece os encaminhamentos que envolvem a rede.</p>

Na etapa 1, **Fase exploratória** foram realizadas reuniões com gestores e profissionais da RAS de São Leopoldo/RS: apresentação e discussão do projeto e ajustes de acordo com a realidade do município.

Inicialmente a principal demanda foi a criação do Comitê de Cuidados da Pele no município de São Leopoldo (CCPele-SL).

Na etapa 2, **O tema da pesquisa** consiste na atenção ao usuário com lesão de pele atendido na Rede de Atenção em Saúde de São Leopoldo, partindo das necessidades do município sobre o

cuidado ao usuário com lesão de pele, apontadas pelo CCPele-SL. O enfoque foi direcionado na Sistematização da Assistência de Enfermagem na rede de Atenção Básica de São Leopoldo relacionada aos cuidados ao usuário com lesão de pele. Em relação à etapa 3, **A colocação dos problemas**, foram definidos como prioritários, de acordo com a conjuntura do município nos encontros de aproximação com o grupo formado pelo CCPele-SL.

A etapa 4, denominada **O lugar da teoria**, indica a importância da pesquisa-ação ser norteada por um referencial teórico, a qual incide na geração de ideias hipóteses ou diretrizes para orientar a pesquisa e interpretações. Nesse estudo foi apresentada a Teoria de Wanda Horta para o grupo que aceitou ter esse referencial teórico, fundamentando as ações definidas pelo grupo de participantes nas reuniões com o grupo do CCPele-SL, por compreenderem que o referido referencial ia ao encontro da assistência de enfermagem, visando à atenção integral em saúde ao usuário com lesão de pele no contexto da AB. Considerando a Teoria de Wanda Aguiar Horta, alguns dos princípios de Horta apontam que a enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio e que todo o cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação. Desta forma, o cuidado de enfermagem ao usuário com lesão de pele não deve ser restrito à sua lesão, contemplando as suas múltiplas necessidades básicas e sistematizando cuidados de enfermagem na sua integralidade. (HORTA, 2011). Na etapa 5 foram abordadas as **Hipóteses** de possíveis soluções relacionadas aos problemas apontados pelo grupo envolvido. Assim, a hipótese levantada pelo grupo foi a de que a caracterização dos usuários com lesão de pele poderia nortear a elaboração do Guia de Cuidados de Enfermagem, para prevenção e tratamento de lesões de pele na RAS do município de São Leopoldo. Pra contribuir como mapeamento foi criado um instrumento de avaliação de perfil dos usuários com lesões de pele na RAS do município de São Leopoldo. Na etapa 6, **Seminários**, foram constituídos encontros temáticos com os integrantes do CCPele-SL sobre prevenção e tratamento de lesão de pele, na RAS, com enfoque na Sistematização da Assistência de Enfermagem. No seminário com os membros do CCPele-SL, sobre a necessidade de realização do perfil dos usuários com lesões de pele atendidos na RAS, o grupo mencionou a importância de um material de apoio sucinto para consulta diária na sala de curativos das Unidades pelos profissionais de enfermagem. Além disso, serviria como material de apoio para o preenchimento adequado dos Instrumentos. Assim, foi construído pela pesquisadora, com validação pelo CCPele-SL, um **Material de apoio para classificar a ferida**. A etapa 7, é constituída pelo **Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa** que compreendeu todos os serviços da RAS de São Leopoldo. Assim, participaram do estudo os profissionais representantes das uni-

dades (vinte e seis serviços) que atuam diretamente no cuidado aos usuários com lesões de pele. Critérios de inclusão: profissionais que prestam cuidados direto aos usuários há pelo menos seis meses na Unidade. Critérios de exclusão: profissionais que estiveram afastados por algum tipo de licença ou férias no período da coleta dos dados. Na etapa 8 da pesquisa-ação, **Coleta de dados**, o grupo de pesquisadores e participantes delimitaram as técnicas a serem utilizadas para obter as informações julgadas necessárias para o andamento da pesquisa. A coleta de dados ocorreu nos registros oriundos da aplicação do Instrumento de avaliação do perfil dos usuários com lesão de pele da Rede de Atenção em Saúde de São Leopoldo, que havia sido realizada pelos profissionais de enfermagem no período de 21 de maio a 31 de julho de 2018. As informações foram inseridas em uma planilha do software Microsoft Excel® 2016 para criar um banco de dados e possibilitar a análise. O Banco de Dados foi entregue ao CCPele-SL. Após correção, os dados foram exportados para o Programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 21.0 para análise. Os dados foram descritos por meio de frequências absolutas e relativas. Para verificar a associação entre as variáveis categóricas de interesse, foi aplicado o teste Qui-quadrado (χ^2) de Pearson, complementado pela Análise de Resíduos Ajustados nas associações com significância estatística. Foi adotado o índice de significância de 5% ($p < 0,05$). Na etapa 9, **Aprendizagem**, foi desenvolvida durante os encontros do CCPele-SL, que foi constituído por espaço de reunião com diálogo e estímulo ao compartilhamento de experiências e saberes entre os profissionais presentes, cujas decisões tomadas foram consensuais. A participação dos profissionais da gestão e da assistência foi fundamental em todos os seminários para facilitar os encaminhamentos que envolvem a Rede de Atenção do município. O referencial teórico dos encontros foi a Teoria de Wanda Horta. A etapa 10, **Saber formal ou saber informal**, foi realizada a análise dos dados coletados (descritos na etapa 8), cujos resultados acerca da caracterização das lesões de pele dos usuários foram apresentados ao CCPele-SL. O Saber informal dos profissionais abrange os conhecimentos oriundos de sua prática diária, cujas observações não seriam encontradas em protocolos, por exemplo. Encontros entre os profissionais oportunizam o surgimento do saber informal ou empírico a partir das discussões sobre o tema, de forma dialógica. (THIOLLENT, 2011).

A etapa 11, o **Plano de ação**, consistiu em responder ao conjunto de seus objetivos, sendo uma exigência fundamental da pesquisa-ação. As implicações da ação, aos índices individuais e coletivos, devem ser explicitadas e avaliadas de forma realista, evitando criar falsas expectativas entre os participantes com enfoque no problema a ser solucionado. (THIOLLENT, 2011).

A partir dos resultados dos seminários e da construção de saberes, o plano de ação foi desen-

volvido para Implantar a Sistematização da Assistência de Enfermagem no cuidado ao usuário com lesão de pele, atendido na Rede de Atenção em Saúde de São Leopoldo/RS. As ações propostas foram: Elaborar Guia de cuidados de enfermagem para prevenção e tratamento de lesão de pele na Rede de Atenção Básica de São Leopoldo; Proposta de Plano de Programa de Educação Permanente em Saúde para a equipe de enfermagem da AB sobre o cuidado aos usuários com lesões de pele. A etapa 12, **Divulgação externa**, representa o retorno da informação aos grupos implicados e aos diferentes setores externos interessados. Esta divulgação é importante para estender o conhecimento, contribuir para a dinâmica de tomada de consciência e, eventualmente, sugerir o início de mais um ciclo de ação e de investigação. (THIOLLENT, 2011). Esta etapa foi constituída pela apresentação da redação final do Guia de cuidados de enfermagem para prevenção e tratamento de lesão de pele, considerando os ajustes indicados nos Seminários pelo grupo do CCPele-SL. Além disso, os resultados parciais do estudo foram divulgados em eventos e congressos da área.

Considerações éticas

Seguiram-se as diretrizes da Resolução 466/2012, que regem as pesquisas com seres humanos no Brasil (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pelo Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) de São Leopoldo e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, sob o número de CAAE 02305818.0.0000.5344 na Plataforma Brasil.

3 RESULTADOS

Considerando a interlocução entre o saber formal e informal, apresentam-se os produtos gerados pelo estudo: **Guia de cuidados de enfermagem para prevenção e tratamento de lesões de pele**, na Rede de Atenção em Saúde de São Leopoldo e **Plano de Programa de Educação Permanente em Saúde** para a equipe de enfermagem da AB sobre o cuidado aos usuários com lesões de pele. O **Guia de cuidados de enfermagem para prevenção e tratamento de lesão de pele** foi realizado a partir da Metodología para la elaboración de Guías de Atención y Protocolos de Gomez (2007), adaptado para o contexto do estudo. Guia é um instrumento baseado em evidências que apontam em direção às intervenções efetivas para determinado problema ou situação de saúde, com o intuito de melhorar a qualidade da atenção à saúde. (GOMEZ, 2007).

A elaboração do **Guia de cuidados de enfermagem para prevenção e tratamento de lesões de pele** foi realizada, considerando os resultados da análise do perfil dos usuários com lesões de

pele, atendidos na RAS de SL. Para sua elaboração foram seguidas as etapas propostas por Gomez (2007): *seleção do problema priorizado*: a partir dos resultados da análise dos Instrumentos de Avaliação do Perfil dos Usuários com Lesão de Pele da Rede de Atenção em Saúde de São Leopoldo, foram identificadas as lesões de pele mais frequentes no município, as quais se tornaram o enfoque no Guia; *revisão e análise das bibliografias e das evidências científicas sobre o assunto*: foi realizada revisão de literatura, relacionada ao cuidado de enfermagem às lesões de pele mais frequentes do município, buscando as melhores evidências com o menor custo e respeitando os direitos dos pacientes em consonância com as considerações do CCPele-SL; *desenvolvimento*: foram considerados, na elaboração do Guia, os seguintes aspectos: magnitude, gravidade, vulnerabilidade, tendência, custos, equidade e interesses locais. Desde o planejamento até a sua conclusão, o Guia passou por avaliação do CCPele-SL para adequações à realidade local e foi sofrendo ajustes de acordo com as solicitações e sugestões dos integrantes do CCPele-SL. O Guia foi validado por 11 enfermeiras especialistas, que atuam na Rede Básica de Saúde e em Serviços Especializados para atendimento de pessoas com lesão de pele. Para 98% dos juízes a concordância foi elevada (IVC= 80% ou 0,8). O Guia está disponível, gratuito, em PDF e cada Unidade de Saúde recebeu uma cópia impressa.

Em 2022, por meio do Decreto Municipal Nº 10.140/22 ocorreu a implantação e implementação do “Guia de Cuidados de Enfermagem para Prevenção e Tratamento de Lesões de Pele” no município de São Leopoldo.

A Proposta de Plano de Programa de Educação Permanente em Saúde para a equipe de enfermagem sobre o cuidado aos usuários com lesões de pele na RAS de SL foi elaborada, considerando os resultados da análise do perfil dos usuários com lesões de pele atendidos na RAS de SL, ao priorizar as características mais predominantes dos resultados do mapeamento. Além disso, foi elaborada conforme os conteúdos abordados no Guia de cuidados de enfermagem para prevenção e tratamento de lesões de pele na Rede de Atenção em Saúde de São Leopoldo.

4 CONCLUSÃO

O resultado da pesquisa possibilitou planejar as ações no cuidado aos usuários com lesões de pele no município de SL, considerando que as características locais e seus produtos estão sendo utilizados pela equipe de enfermagem no cotidiano dos serviços da Atenção Básica de São Leopoldo, bem como com indicações de outros que poderão ser adquiridos. Destaca-se que o processo

que envolveu o desenvolvimento da pesquisa-ação contribuiu para o aprimoramento dos conhecimentos referentes ao tema, e a motivação dos profissionais de enfermagem ao atender usuários com lesões.

A utilização do “Guia de cuidados de enfermagem para prevenção e tratamento de lesões de pele”, nos espaços de gestão e da assistência de SL pode auxiliar o município na identificação de problemas, potencialidades e desafios para a continuidade do aprimoramento no cuidado ao usuário com lesão de pele na Rede de Atenção à Saúde. Além disso, também pode ser empregado em serviços de saúde de outros municípios do Brasil nos cuidados de enfermagem a usuários com lesão de pele.

Cabe destacar que foi imprescindível a utilização da Teoria de Horta no percorrer deste estudo para qualificar o olhar sobre o usuário com lesão de pele, cuja complexidade do cuidado precisa ser considerada no planejamento da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Corrobora-se, por meio deste estudo, com o potencial da pesquisa-ação para promover mudanças e melhorias nas práticas de saúde e de cuidados em enfermagem, visto que todos os participantes têm voz igualitária, tanto os atores da prática aprendem os aspectos teóricos, quanto o pesquisador percebe sobre a prática do processo de trabalho do estudo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 28 maio 2018.

GÓMEZ, Antonieta López. Metodología Para La Elaboración De Guías De Atención Y Protocolos. Costa Rica: CajaCostarricense de Seguro Social: 2007. Disponível em: <https://outlook.office365.com/mail/inbox/id/AAQkAGI5ODcyZWZjLWI5OGUtNGJmZi1hNWNmLWlyYzMyMWUwYmU2ZAAQAPJa%2By-qJ2EZAjF8QMq27y64%3D/sxs/AAMkAGI5ODcyZWZjLWI5OGUtNGJmZi1hNWNmLWlyYz-MyMWUwYmU2ZABGAAAAAAAC1PUURIXLMS7EqqCCD0KHABwA0TRUaX57yTpNnIEEINIR-nAAAAAAEAAA0TRUaX57yTpNnIEEINIRnAAWUEi7cAAABEgAQANh%2BAcPXyrpKr6XtkS-1cHV8%3D>

HORTA, Wanda. Processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>.

OLIVEIRA, Beatriz Guitton Renaud Baptista et al. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas. Rev. Eletr. Enf. Goiania, v. 14, n. 1, p. 156-63, jan/mar 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a18.htm>>.

OLIVEIRA, Fernanda Pessanha de et al. Classificações de intervenções e resultados de enfermagem em pacientes com feridas: mapeamento cruzado. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 37, n. 2, e55033, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200410&lng=en&nrm=iso>.

SALVETTI, Marina de Góes et al. Prevalência de dor e fatores associados em pacientes com úlcera venosa. Rev. Dor, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 17-20, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132014000100017&lng=en&nrm=iso>.

SANTOS, Isabel Cristina Ramos Vieira et al. Caracterização do atendimento de pacientes com feridas na Atenção Primária. Rev Rene, Fortaleza, v. 15, número 4, p. 613-20, jul/ago 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/1077/1039>>. Acesso em: 29 maio 2018.

SOARES, Mirelle Inácio et al. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. Esc Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 47-53. 2015a.

THIOLLENT, Michel. Metodologia da pesquisa-ação. 18 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CAPÍTULO 14

INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM À MULHER E À CRIANÇA EM PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO

CÂNDIDA CANIÇALI PRIMO
LARISSA DANTAS ESTEVAM
THAÍS APARECIDA SURLO CAETANO
ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA
ROSANA OLIVEIRA DE LIMA
LUCIMAR ANDRADE CARDOSO MURI
MARCOS ANTÔNIO GOMES BRANDÃO

INTRODUÇÃO

A amamentação é um processo que permite uma interação dinâmica entre a mãe, o lactente e o meio, visando obter os inúmeros benefícios do leite humano. Amamentar ultrapassa os conceitos biológicos, sendo um fenômeno complexo que pode sofrer influência de fatores biológicos, psicológicos, culturais, sociais, econômicos e políticos (PRIMO; BRANDÃO, 2017; ALVARENGA et al., 2017; FINLAYSON et al., 2020).

Inserido no contexto da assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal, o enfermeiro é uma referência em virtude do seu envolvimento com a proteção, promoção e o apoio da amamentação, desempenhando seu papel na educação, na assistência e na promoção da saúde (COSTA et al., 2018; RESENDE et al., 2019).

Os enfermeiros, para desenvolverem uma assistência sistematizada, utilizam o processo de enfermagem em âmbito hospitalar e a consulta de enfermagem no domínio ambulatorial. O processo de enfermagem está estruturado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, que são: coleta de dados, diagnóstico, planejamento,

implementação e avaliação. O processo contribui para um cuidado respaldado em conhecimento científico e direcionado à satisfação das necessidades dos pacientes (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009; SANSON et al., 2017).

Quando realizados com base num suporte teórico e com uso de linguagem padronizada, os registros de enfermagem favorecem uma comunicação mais eficaz entre a equipe de saúde, permitindo uma continuidade da assistência ao paciente (SILVA; DIAS, 2018; BRANDÃO et al., 2019). Há diversas classificações de enfermagem, no entanto as mais conhecidas são: a NANDA Internacional, a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) e a Classificação Internacional à Prática de Enfermagem (CIPE®) (GANDOLFI et al., 2016; RESENDE et al., 2019).

Para orientar a consulta de enfermagem, utilizam-se formulários que contribuem com a documentação dos registros do cuidado. Assim, há vários instrumentos-escalas-formulários com o intuito de avaliar algum aspecto do processo de amamentação. (SARTORIO et al, 2017; SOUZA et al., 2018). Nesse sentido, buscando contribuir com a organização da assistência a partir de um instrumento que articule o histórico e os diagnósticos NANDA-I e embasados por uma Teoria de Enfermagem, nesse estudo, tem-se como objetivo elaborar e validar um instrumento com histórico e diagnóstico de enfermagem para a consulta à mulher e à criança em amamentação.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa-ação, enquanto estratégia de interação entre pesquisador e participantes da pesquisa, possibilitando a convergência entre saberes formais e informais, teoria e prática. Os participantes e o pesquisador estão envolvidos de maneira cooperativa e participativa, para construir soluções que possam mudar o contexto investigado por meio do incentivo a uma ação transformadora da realidade (THIOLLENT; COLETTE, 2020).

Desenvolvimento da Pesquisa

Para elaborar o instrumento, realizou-se uma revisão de literatura e depois o instrumento piloto foi discutido e validado em dois encontros com o grupo de enfermeiros. Foi realizada uma revisão de literatura e identificação de indicadores empíricos relacionados à mulher e ao lactente em processo de amamentação. Buscaram-se livros técnicos sobre amamentação, manuais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde e artigos sobre amamentação. Os artigos foram capturados na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)

e na biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (Scielo), no idioma português, referente aos últimos cinco anos de publicação, utilizando o descritor aleitamento materno. Depois identificaram-se os principais diagnósticos da NANDA-I que se inter-relacionam com os indicadores empíricos descritos no instrumento e relacionados ao processo de amamentação, a partir da análise da definição, das características definidoras, dos fatores relacionados ou dos fatores de risco de cada diagnóstico (NANDA-I, 2018).

Por último, o instrumento piloto foi organizado conforme os conceitos da Teoria Interativa de Amamentação. Esta Teoria foi desenvolvida a partir do Modelo Conceitual de Sistemas Abertos de Imogene King e evidências da literatura, sendo constituída por onze conceitos que se inter-relacionam: interação dinâmica mãe-filho; condições biológicas da mulher; condições biológicas da criança; percepção da mulher; percepção da criança, imagem corporal da mulher; espaço para amamentar; papel de mãe; sistemas organizacionais de proteção promoção e apoio a amamentação; autoridade familiar e social; tomada de decisão da mulher (PRIMO; BRANDÃO, 2017).

Encontros para discussão e validação do instrumento

A pesquisa foi desenvolvida na unidade materno-infantil de um hospital universitário em um estado da região Sudeste do Brasil. Os participantes foram enfermeiros lotados no Banco de Leite Humano (BLH), maternidade, internação e ambulatório de pediatria e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Foram convidados 23 enfermeiros por meio de uma abordagem oral e carta convite com as informações a respeito do estudo. Foi ofertada a possibilidade de dois dias e horários diferentes no mês de novembro de 2017, conforme a disponibilidade do participante. Nos encontros foram explicados todos os procedimentos, solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aplicado um questionário semiestruturado para identificar o perfil dos enfermeiros, quanto às variáveis: idade, gênero, grau de formação e atuação profissional.

É importante ressaltar que os pesquisadores mediavam a discussão com os participantes para inclusão, exclusão, modificação ou adequação dos componentes do instrumento até a validação por consenso, adotando-se 80% de concordância entre os participantes. As situações com concordância inferior a 80% foram reformuladas. A discussão e validação dos conteúdos do instrumento seguiu a seguinte ordem: itens de identificação; avaliação da relação entre os indicadores clínicos de cada parte do instrumento com os respectivos conceitos da Teoria Interativa de Amamentação e avaliação da inter-relação entre os indicadores clínicos e os diagnósticos de enfermagem. As reuniões foram gravadas em sistema MP3, seus conteúdos transcritos e posteriormente analisados conforme o referencial da Teoria Interativa de Amamentação. Cada Enfermeiro participante foi

identificado como Enf. na sequência em que aconteceu, por exemplo, (Enf. A, Enf. B, Enf. C..., Enf. I). Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE nº 57083816.7.0000.5060.

RESULTADOS

A partir dos resultados da revisão de literatura, o formulário para coleta de dados foi organizado sendo subdividido em seis seções, de modo a obter informações gerais de identificação, avaliação da mãe, avaliação do lactente, avaliação da interação mãe-lactente durante a mamada, exames realizados e um espaço para evolução de enfermagem com suas impressões, intercorrências e observações percebidas durante o atendimento, conforme é **mostrado na Figura 1 e 2.**

INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM À MULHER E À CRIANÇA EM PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO

Histórico

I - IDENTIFICAÇÃO

Data de Atendimento: _____	Horário: _____	Prontuário: _____	C.N.S: _____
Nome: _____		Data de Nasc: _____	Idade: _____
Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	Local do parto: _____		Origem: <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Internada
Endereço _____	Município: _____		Telefone: _____
Mulher Trabalhadora que Amamenta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Mãe de UTIN: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Ocupação: _____	
Estado Civil: _____	Acompanhado por: _____	Escolaridade: _____	
Medicação em uso: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual ? _____	Frequência? _____	Alergias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual ? _____
Uso de drogas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual ? _____	Tabagista? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantidade/dia? _____	
Etilista? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Frequência? _____		
Dados do Lactente: Nome: _____ DN: _____ / _____ / _____	Idade Gestacional: _____		
Origem: <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Alojamento Conjunto <input type="checkbox"/> UTIN _____	Peso: _____	Nascimento: _____	Alta: _____
Encaminhada por: <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Pediatra <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Outros: _____			Hoje: _____
Motivo da procura do serviço: _____			

II - AVALIAÇÃO DA MÃE

1. PERCEPÇÃO DA MULHER/ PAPEL DE MÃE/ ESPAÇO PARA AMAMENTAR

RECEBEU ORIENTAÇÃO NO PRÉ-NATAL SOBRE AMAMENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais <input type="checkbox"/> Risco de maternidade prejudicada		
TIPO DE ORIENTAÇÃO QUE RECEBEU NO PRÉ-NATAL/ MATERNIDADE:			
<input type="checkbox"/> Amamentação exclusiva até 6 meses <input type="checkbox"/> Intervalo entre mamadas <input type="checkbox"/> Pega correta	<input type="checkbox"/> Problemas precoces da AM <input type="checkbox"/> Como ordenar o leite materno <input type="checkbox"/> Preparo das mamas		
<input type="checkbox"/> Como armazenar o leite materno ordenhado <input type="checkbox"/> Posições para amamentar <input type="checkbox"/> Vantagens da AM	<input type="checkbox"/> Dedicada <input type="checkbox"/> Apática <input type="checkbox"/> Angustiada		
EMOÇÕES: <input type="checkbox"/> Calma <input type="checkbox"/> Satisfeita <input type="checkbox"/> Feliz <input type="checkbox"/> Dedicada <input type="checkbox"/> Ansiosa <input type="checkbox"/> Chorosa <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Impaciente	<input type="checkbox"/> Agitada <input type="checkbox"/> Irritada <input type="checkbox"/> Agressiva <input type="checkbox"/> Arrependida <input type="checkbox"/> Outros: _____		
<input type="checkbox"/> Com medo <input type="checkbox"/> Insegura <input type="checkbox"/> Arrependida			
CONHECE ALGUM BENEFÍCIO DA AMAMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qualis: _____			
EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM AM: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Duração: _____			
INTERCORRÊNCIA ANTERIOR NA AM: _____			
VOCÊ ACREDITA EM: <input type="checkbox"/> "Leite fraco" <input type="checkbox"/> "Leite insuficiente" <input type="checkbox"/> "Meu Leite não sustenta o bebê"			
<input type="checkbox"/> "As mamas caem com a amamentação" <input type="checkbox"/> "O bebê não quis pegar o peito" <input type="checkbox"/> "O bebê prefere um peito"			
<input type="checkbox"/> "Amamentar em local público é constrangedor" <input type="checkbox"/> "Amamentar é uma obrigação da mãe"			

2. TOMADA DE DECISÃO

AMAMENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Motivo: _____	Tempo: _____	<input type="checkbox"/> Amamentação Interrompida
USO DE MAMADEIRA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Motivo: _____		<input type="checkbox"/> Disposiçao para a amamentação melhorada
USO DE CHUPETA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Motivo: _____		

3. SISTEMAS ORGANIZACIONAIS DE PROTEÇÃO PROMOÇÃO E APOIO À AMAMENTAÇÃO

APOIO FAMILIAR: NA AMAMENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quem: _____	<input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais
NOS CUIDADOS COM O LACTENTE: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quem: _____	<input type="checkbox"/> Risco de maternidade prejudicada
APOIO SOCIAL/ AMIGOS/ COMUNIDADE:	
NA AMAMENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quem: _____	
NOS CUIDADOS COM O LACTENTE: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quem: _____	

4. CONDIÇÕES BIOLÓGICAS DA MÃE

CIRURGIAS ANTERIORES NAS MAMAS Ano da cirurgia: _____	<input type="checkbox"/> Amamentação Ineficaz
MAMOPLASTIA REDUTOR: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> T invertido <input type="checkbox"/> Areolar	<input type="checkbox"/> Dor aguda
MAMOPLASTIA DE AUMENTO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Frente do Músculo <input type="checkbox"/> Atrás do Músculo	<input type="checkbox"/> Hipertermia
<input type="checkbox"/> Entre o músculo e a mama	<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada
EVERSÃO MAMILAR: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
DOENÇAS MAMÁRIAS: _____	<input type="checkbox"/> Risco de infecção
TAMANHO DAS MAMAS: Direita: <input type="checkbox"/> Pequenas <input type="checkbox"/> Médias <input type="checkbox"/> Grandes	<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada
Esquerda: <input type="checkbox"/> Pequenas <input type="checkbox"/> Médias <input type="checkbox"/> Grandes	

CONDICÃO DA MAMA:

Direita: <input type="checkbox"/> Flácidas <input type="checkbox"/> Densa <input type="checkbox"/> Ingurgitada <input type="checkbox"/> Edema Areolar <input type="checkbox"/> Candidíase	<input type="checkbox"/> Candidíase
<input type="checkbox"/> Obstrução de ducto <input type="checkbox"/> Hipersensibilidade <input type="checkbox"/> Drenagem <input type="checkbox"/> Abcesso <input type="checkbox"/> Infecção	<input type="checkbox"/> Infecção
Outros: _____	
Esquerda: <input type="checkbox"/> Flácidas <input type="checkbox"/> Densa <input type="checkbox"/> Ingurgitada <input type="checkbox"/> Edema Areolar <input type="checkbox"/> Candidíase	<input type="checkbox"/> Candidíase
<input type="checkbox"/> Obstrução de ducto <input type="checkbox"/> Hipersensibilidade <input type="checkbox"/> Drenagem <input type="checkbox"/> Abcesso <input type="checkbox"/> Infecção	<input type="checkbox"/> Infecção
Outros: _____	

VOCÊ SENTE ALGUMA DOR E/OU ARDÊNCIA APÓS A MAMADA: Não Sim

TIPO DE MAMILO: Direito: <input type="checkbox"/> Protuso <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Invertido <input type="checkbox"/> Ausente	
Esquerdo: <input type="checkbox"/> Protuso <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Invertido <input type="checkbox"/> Ausente	

INTEGRIDADE DO MAMILO:

Direito: <input type="checkbox"/> Íntegro <input type="checkbox"/> Fissurado <input type="checkbox"/> Escoriado <input type="checkbox"/> Ulcerado <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Esquerdo: <input type="checkbox"/> Íntegro <input type="checkbox"/> Fissurado <input type="checkbox"/> Escoriado <input type="checkbox"/> Ulcerado <input type="checkbox"/> Outros: _____	

AVALIAÇÃO DA PRODUÇÃO DE LEITE: (fazer massagem 3 voltas completas antes da expressão mamilar)

Mama Direita: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande	
Mama Esquerda: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande	
FEBRE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não T°: _____	Intervalo: _____

Figura 1 – Itens identificação e avaliação da mãe no instrumento de consulta

de enfermagem. Vitória, ES, 202

INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM À MULHER E À CRIANÇA EM PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO

Histórico

I - IDENTIFICAÇÃO

Data de Atendimento: _____	Horário: _____	Prontuário: _____	C.N.S: _____
Nome: _____		Data de Nasc: _____	Idade: _____
Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	Local do parto: _____		Origem: <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Internada
Endereço _____	Município: _____		Telefone: _____
Mulher Trabalhadora que Amamenta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Mãe de UTIN: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Ocupação: _____	
Estado Civil: _____	Acompanhado por: _____	Escolaridade: _____	
Medicação em uso: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual ? _____	Frequência? _____	Alergias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual ? _____	
Uso de drogas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual ? _____	Tabagista? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantidade/dia? _____	
Etilista? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Frequência? _____		
Dados do Lactente: Nome: _____ DN: _____ / _____ / _____	Idade Gestacional: _____		
Origem: <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Alojamento Conjunto <input type="checkbox"/> UTIN _____	Peso: _____	Nascimento: _____	Alta: _____
Encaminhada por: <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Pediatra <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Outros: _____			Hoje: _____
Motivo da procura do serviço: _____			

II - AVALIAÇÃO DA MÃE

1. PERCEPÇÃO DA MULHER/ PAPEL DE MÃE/ ESPAÇO PARA AMAMENTAR

RECEBEU ORIENTAÇÃO NO PRÉ-NATAL SOBRE AMAMENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais <input type="checkbox"/> Risco de maternidade prejudicada		
TIPO DE ORIENTAÇÃO QUE RECEBEU NO PRÉ-NATAL/ MATERNIDADE:			
<input type="checkbox"/> Amamentação exclusiva até 6 meses <input type="checkbox"/> Intervalo entre mamadas <input type="checkbox"/> Pega correta	<input type="checkbox"/> Problemas precoces da AM <input type="checkbox"/> Como ordenar o leite materno <input type="checkbox"/> Preparo das mamas		
<input type="checkbox"/> Como armazenar o leite materno ordenhado <input type="checkbox"/> Posições para amamentar <input type="checkbox"/> Vantagens da AM	<input type="checkbox"/> Dedicada <input type="checkbox"/> Apática <input type="checkbox"/> Angustiada		
EMOÇÕES: <input type="checkbox"/> Calma <input type="checkbox"/> Satisfeita <input type="checkbox"/> Feliz <input type="checkbox"/> Dedicada <input type="checkbox"/> Ansiosa <input type="checkbox"/> Chorosa <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Impaciente	<input type="checkbox"/> Agitada <input type="checkbox"/> Irritada <input type="checkbox"/> Agressiva <input type="checkbox"/> Arrependida <input type="checkbox"/> Outros: _____		
<input type="checkbox"/> Com medo <input type="checkbox"/> Insegura <input type="checkbox"/> Arrependida			
CONHECE ALGUM BENEFÍCIO DA AMAMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qualis: _____			
EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM AM: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Duração: _____			
INTERCORRÊNCIA ANTERIOR NA AM: _____			
VOCÊ ACREDITA EM: <input type="checkbox"/> "Leite fraco" <input type="checkbox"/> "Leite insuficiente" <input type="checkbox"/> "Meu Leite não sustenta o bebê"			
<input type="checkbox"/> "As mamas caem com a amamentação" <input type="checkbox"/> "O bebê não quis pegar o peito" <input type="checkbox"/> "O bebê prefere um peito"			
<input type="checkbox"/> "Amamentar em local público é constrangedor" <input type="checkbox"/> "Amamentar é uma obrigação da mãe"			

2. TOMADA DE DECISÃO

AMAMENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Motivo: _____	Tempo: _____	<input type="checkbox"/> Amamentação Interrompida
USO DE MAMADEIRA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Motivo: _____		<input type="checkbox"/> Disposiçao para a amamentação melhorada
USO DE CHUPETA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Motivo: _____		

3. SISTEMAS ORGANIZACIONAIS DE PROTEÇÃO PROMOÇÃO E APOIO À AMAMENTAÇÃO

APOIO FAMILIAR: NA AMAMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quem: _____	<input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais
NOS CUIDADOS COM O LACTENTE: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quem: _____	<input type="checkbox"/> Risco de maternidade prejudicada
APOIO SOCIAL/ AMIGOS/ COMUNIDADE:	
NA AMAMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quem: _____	
NOS CUIDADOS COM O LACTENTE: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quem: _____	

4. CONDIÇÕES BIOLÓGICAS DA MÃE

CIRURGIAS ANTERIORES NAS MAMAS Ano da cirurgia: _____	<input type="checkbox"/> Amamentação Ineficaz
MAMOPLASTIA REDUTOR: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> T invertido <input type="checkbox"/> Areolar	<input type="checkbox"/> Dor aguda
MAMOPLASTIA DE AUMENTO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Frente do Músculo <input type="checkbox"/> Atrás do Músculo	<input type="checkbox"/> Hipertermia
<input type="checkbox"/> Entre o músculo e a mama	<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada
EVERSÃO MAMILAR: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
DOENÇAS MAMÁRIAS: _____	<input type="checkbox"/> Risco de infecção
TAMANHO DAS MAMAS: Direita: <input type="checkbox"/> Pequenas <input type="checkbox"/> Médias <input type="checkbox"/> Grandes	<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada
Esquerda: <input type="checkbox"/> Pequenas <input type="checkbox"/> Médias <input type="checkbox"/> Grandes	

CONDICÃO DA MAMA:

Direita: <input type="checkbox"/> Flácidas <input type="checkbox"/> Densa <input type="checkbox"/> Ingurgitada <input type="checkbox"/> Edema Areolar <input type="checkbox"/> Candidíase	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Obstrução de ducto <input type="checkbox"/> Hipersensibilidade <input type="checkbox"/> Drenagem <input type="checkbox"/> Abcesso <input type="checkbox"/> Infecção	
Outros: _____	
Esquerda: <input type="checkbox"/> Flácidas <input type="checkbox"/> Densa <input type="checkbox"/> Ingurgitada <input type="checkbox"/> Edema Areolar <input type="checkbox"/> Candidíase	
<input type="checkbox"/> Obstrução de ducto <input type="checkbox"/> Hipersensibilidade <input type="checkbox"/> Drenagem <input type="checkbox"/> Abcesso <input type="checkbox"/> Infecção	
Outros: _____	

VOCÊ SENTE ALGUMA DOR E/OU ARDÊNCIA APÓS A MAMADA: Não Sim

TIPO DE MAMILO: Direito: <input type="checkbox"/> Protuso <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Invertido <input type="checkbox"/> Ausente
Esquerdo: <input type="checkbox"/> Protuso <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Invertido <input type="checkbox"/> Ausente

INTEGRIDADE DO MAMILO:

Direito: <input type="checkbox"/> Íntegro <input type="checkbox"/> Fissurado <input type="checkbox"/> Escoriado <input type="checkbox"/> Ulcerado <input type="checkbox"/> Outros: _____
Esquerdo: <input type="checkbox"/> Íntegro <input type="checkbox"/> Fissurado <input type="checkbox"/> Escoriado <input type="checkbox"/> Ulcerado <input type="checkbox"/> Outros: _____

AVALIAÇÃO DA PRODUÇÃO DE LEITE: (fazer massagem 3 voltas completas antes da expressão mamilar)

Mama Direita: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande
Mama Esquerda: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande
FEBRE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não T°: _____
Intervalo: _____

Figura 2 – Itens avaliação do lactente e sucção e mamada, exames e evolução

no instrumento de consulta de enfermagem. Vitória, ES, 2022

Participaram 09 enfermeiros com média de idade de 36,44 anos e todos do sexo feminino.

Quanto à formação profissional, 77,77% possuíam especialização, 22,22% mestrado e 11,11% doutorado. Quanto às especializações, 87,5% são na área materno infantil, sendo elas: Aleitamento Materno, Banco de Leite Humano, Enfermagem Obstétrica, Residência em Saúde da Mulher e da Criança e Estratégia de Saúde da Família. E quanto à atuação na enfermagem observou-se 66,66% área assistencial, 33,33% docência e assistência.

No primeiro encontro compareceram quatro enfermeiros, sendo um do Banco de Leite Humano, um da internação pediátrica, um do ambulatório de pediatria e um residente em saúde da criança e do adolescente. A reunião teve duração de uma hora e trinta minutos. No segundo encontro participaram cinco enfermeiros, sendo um do Banco de Leite Humano, dois da maternidade e dois residentes em saúde da criança e do adolescente e teve duração de duas horas. Por meio da validação os participantes puderam assinalar os indicadores clínicos que consideravam relevantes, contribuindo para a consolidação do instrumento final. De forma geral foram feitas poucas alterações, com sugestões de acréscimos, troca de títulos para algum item ou reposicionamento de itens.

Na seção “Identificação” foi sugerida a alteração do item “tem parceiro” por estado civil. O instrumento trazia o item dessa forma, pois no Alojamento conjunto essa questão constava em outros instrumentos de coleta de dados nesse formato.

“Eu sugiro estado civil, porque parceiro é parceiro sexual, geralmente né, companheiro, acompanhante, se você for analisar cada um tem um conceito diferente, estado civil já engloba tudo isso. E tem mulheres que vem com sua companheira, tivemos duas mulheres com suas companheiras aqui, parceiro atribui muito ao homem”. Enf F

Ainda na seção “Identificação” foi sugerido a inclusão do item “Acompanhado por”, a fim de identificar se a mulher tinha acompanhante e por quais pessoas da sua rede de apoio.

“Outra sugestão seria se ela está acompanhada, então tem essa condição da mulher estar no banco de leite sozinha, na maternidade sozinha, estar em outro lugar sozinha. Estar acompanhada, pelo menos ela já tem parte da rede de apoio, eu acho que precisa ter essa informação”. Enf F

“Eu colocaria ter acompanhante, não necessariamente um parceiro que muitas podem não ser casadas e ter o apoio de alguém, mas que não precisa ser um parceiro, pode ser uma mãe, avó, entendeu?”. Enf A
Os participantes sugeriram reposicionar o item “sente dor ou ardência após as mamadas”, e colocá-lo na seção condições biológicas da mãe.

“E o item você sente alguma dor ou ardência após a mamada, para mim entrava em condições biológicas, não em percepção”. Enf G

Os enfermeiros propuseram transferir a seção “Percepção da mulher/ Papel de mãe/ Espaço para amamentar” para o primeiro item da “Avaliação da mãe”, pois assim o entrevistador faria todos os questionamentos antes de iniciar a avaliação física da mulher.

“Podia esse item “Percepção da mulher/ Papel de mãe/ Espaço para amamentar” subir antes das condições biológicas da mãe. Porque você vai começar a conversar com a mãe falando do pré-natal e tal, depois você vai mexer nos peitos da mulher, nas condições biológicas da mãe e podia então, começar a falar primeiro da condição da mulher emocional, percepção da mulher, você inverte o processo aí”. Enf E

Outra sugestão foi reposicionar o conceito “Percepção do lactente” e os indicadores clínicos “faces de dor e choro” e colocá-los junto com o conceito “condições biológicas do lactente”.

“Na percepção da criança sobre amamentação.... A criança não faz essa percepção. O conceito está dizendo que a criança percebe amamentação e ela não percebe. E aí você tem um problema do conceito, porque ela pode estar chorando por outra coisa. Este conceito eu discordo dele, não faz sentido” Enf A

“Eu acho que essa é a percepção do observador, porque eu acho que a criança é sujeita, mas ela percebe sim, ela expressa isso para gente, mas é a gente que observa. Eu não tenho como afirmar que a criança está percebendo a amamentação como algo negativo, mas eu acredito que isso aconteça”. Enf D

“Eu acho que essa questão de dor e choro do bebê tem que estar dentro de condições biológicas do lactente e não em percepção”. Enf E

Em relação aos diagnósticos de enfermagem, questionou-se o diagnóstico de “Leite materno insuficiente” e solicitou-se o acréscimo do diagnóstico de enfermagem “Risco de leite materno insuficiente”, porém não existe na NANDA-I.

“Se a criança tiver refluxo ela vai chorar e vocês vão relacionar isso com o leite insuficiente, eu não concordo com isso completamente, o que me preocupa é isso, é relacionar o choro com leite. O choro não pode ser relacionado com leite, porque com leite relaciona o peso, o crescimento e o desenvolvimento da criança, porque o choro ele vai ter outros quinhentos fatores. Não é para as mães e os profissionais relacionarem o choro com a produção de leite”. O instrumento não me dá base para fechar um diagnóstico de leite insuficiente, mas para fechar o diagnóstico de risco de leite insuficiente porque eu vou ter que investigar essa criança”. Enf A

Não foram realizados comentários ou alterações nas seguintes categorias do instrumento: sistemas organizacionais de proteção, promoção e apoio à amamentação, avaliação da interação mãe-lactente durante a mamada e exames, sendo que todos esses itens apresentaram concordância de 100% dos participantes.

DISCUSSÃO

A consulta de enfermagem documentada com linguagens de enfermagem padronizadas permite aos enfermeiros determinar com precisão e rapidez a necessidade de cuidado dos pacientes, selecionando os diagnósticos de enfermagem mais precisos e intervenções de enfermagem mais eficazes para alcançar os melhores resultados (PÉREZ RIVAS et al., 2016). Assim, um instrumento de consulta de enfermagem à mulher e à criança em processo de amamentação pode contribuir nestes aspectos. A amamentação é um fenômeno complexo e pode ter interferências de vários aspectos, demandando aprendizado contínuo e compreensão da família e da equipe de saúde que cuida dessa mulher (PRIMO et al, 2016; COSTA et al., 2018; SOUZA et al., 2020). A ajuda de uma rede de apoio e do acompanhante, conforme explicitado pelos enfermeiros no item identificação durante o processo de validação, é fundamental para o sucesso da amamentação, visto que cria um

ambiente mais seguro, com menos sobrecarga à mulher, favorecendo em sua atuação no seu novo papel, o de mãe (PRIMO et al., 2015; FINLAYSON, 2020). A família e a comunidade exercem forte influência com o seu conhecimento, opinião, vivências e relatos de experiências sobre a amamentação. Assim como as informações difundidas em seus locais de socialização, podendo transmitir crenças, tabus, hábitos, atitudes e condutas. Dessa forma, observa-se que estes fatores influenciam diretamente nos pensamentos, na aptidão e na decisão da mulher em amamentar (PRIMO et al., 2016; ALVARENGA et al., 2017). A avaliação da mãe comprehende dados subjetivos, objetivos, históricos e atuais sobre sua percepção, seu papel de mãe e a influência do espaço na amamentação. É importante que se conheça a mulher de forma holística, sua rotina e a circunstância sociocultural em que ela está inserida, suas dúvidas, medos e expectativas, além de mitos e crenças referentes à amamentação, para desmistificar hábitos estabelecidos de forma empírica pela sociedade (PRIMO et al., 2019; SOUZA et al., 2020).

O enfermeiro deve ter um olhar atento para o estado emocional da mulher, principalmente no puerpério, pois ela está sujeita a sentimentos positivos e negativos, ao passo que, geralmente, ela percebe a amamentação como um dever e responsabilidade do seu papel de mãe, o qual se sobrepõe ao seu desejo ou não de querer fazê-lo (PRIMO; BRANDAO, 2017; SILVA et al., 2018; FINLAYSON, 2020). Outro agente de interferência é o local para amamentar, visto que a mulher precisa de um ambiente confortável, protegido e adequado para a interação mãe - filho. Algumas mães acham que amamentar em público é constrangedor, mesmo na frente de seus familiares ou amigos, o que pode influenciar na sua decisão de amamentar ou contribuir para o uso de alimentação artificial (ZANATTA; PEREIRA; ALVES, 2017; PRIMO et al., 2019).

Outro ponto importante abordado no instrumento é quanto ao uso de chupetas e mamadeiras; os relatos de que “o leite secou” e o “bebê chorava”, “leite materno fraco”, além da condição socioeconômica, grau de escolaridade da mãe, trabalho materno, incentivo do cônjuge e de parentes e a intenção da mãe de amamentar, todas estas questões estão entre os principais motivos relacionados ao desmame precoce (ALVARENGA et al, 2017; BARBOSA et al., 2027). No item condições biológicas da mulher, o instrumento traz importantes aspectos a serem avaliados que podem apontar a presença ou ausência de fatores que influenciam na amamentação, como as intercorrências mamárias mais comuns, dentre elas: trauma mamilar, ingurgitamento mamário, candidíase, mastite, abscesso mamário, fenômeno de Raynaud, bloqueio de ductos lactíferos, além da hipogalactia. Outras alterações que podem ser identificadas estão associadas às cirurgias plásticas mamárias, que dificultam ou mesmo impedem a amamentação em virtude de danos causados nos

ductos, tecido glandular ou inervação mamária (BARBOSA et al., 2018; CAMARGO et al., 2018; FINLAYSON, 2020).

Na avaliação do lactente é importante conhecer os aspectos da criança, pois situações especiais do recém-nascido, como baixo peso ao nascer, prematuridade e gemelaridade são situações que demandam da equipe de saúde maior habilidade para o sucesso da amamentação. No item exames, o enfermeiro deve avaliar a presença de doenças infectocontagiosas, que podem acometer tanto a mulher quanto a criança (BARBOSA et al., 2017; ZANATTA; PEREIRA; ALVES, 2017). Diante de todas essas circunstâncias, observa-se que o enfermeiro é um profissional capacitado para identificar, oportunizar momentos educativos, prestar assistência de qualidade, com o intuito de promover e apoiar a amamentação (COSTA et al., 2018). E para norteá-lo nessa prática é importante utilizar um instrumento para sistematizar, registrar e auxiliar na avaliação individualizada da mulher e criança, qualificando a comunicação entre os profissionais (SARTORIO et al, 2017). Ao adotar as multidimensões envolvidas na estrutura conceitual da Teoria Interativa de Amamentação, o instrumento aborda o fenômeno da amamentação de forma ampla e complexa, influenciado por fatores pessoais, interpessoais ou sociais das mulheres e das crianças.

O suporte teórico escolhido orienta a coleta de dados e a definição dos diagnósticos, influenciando aspectos do registro de enfermagem. A prática orientada pela teoria de enfermagem ajuda a melhorar a qualidade dos cuidados, pois permite que os enfermeiros articulem o que fazem pelos pacientes e por qual motivo. Portanto, eles devem continuar orientando sua prática por meio das lentes da teoria de enfermagem, além de avaliar a eficácia dessa prática por ela guiada (SILVA; DIAS, 2018; BRANDÃO et al., 2019).

Por fim, cabe apontar que no cotidiano da prática profissional, ainda é incipiente a adoção de instrumentos confiáveis e validados que subsidiem as avaliações acerca do processo de amamentação realizadas pelos profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instrumento elaborado é uma tecnologia inovadora para a temática da amamentação, pois foi embasado em uma teoria de médio alcance de amamentação e utilizou evidências científicas.

A validação por consenso com enfermeiros de diversos setores permitiu tornar esse instrumento representativo da realidade de múltiplos setores que prestam atendimento à mulher e à criança em processo de amamentação, aumentando a sua abrangência e aplicabilidade.

A construção de um instrumento sistematizado baseado na classificação NANDA-I fortalece a prática assistencial da enfermagem, pois padroniza a linguagem, facilita a comunicação, direciona as condutas e contribui na efetivação e na eficácia do cuidado proposto.

Foi-nos mostrado através deste estudo que os conceitos da Teoria Interativa de Amamentação são aplicáveis, relevantes no contexto da amamentação, pois contempla diversos indicadores clínicos envolvidos neste processo e facilita na compreensão desse processo, enriquecendo o conhecimento de enfermagem.

Como limitação do estudo, destaca-se que o instrumento precisa ser submetido a um processo de validação clínica, quando será testado com mães-filhos em processo de amamentação em âmbito ambulatorial ou hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, S.C. et al. Fatores que influenciam o desmame precoce. AQUICHAN. v.17,n.1, p 93-103, 2017.

BARBOSA, D. M. et al. Avaliação dos fatores associados ao trauma mamilar. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online), v.10, p.1063, 2018.

BARBOSA, G.E.F. et al. Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. Rev Paul Pediatr. v. 25, n. 3, p. 265-272, 2017.

BRANDÃO, M.A.G. et al.. Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing. Rev Bras Enferm 2019;72:577-81. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>.

CAMARGO, J. F. et al. Experiência de amamentação de mulheres após mamoplastia. Revista Escola Enfermagem Usp, v.52, p.e03350 - , 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de Enfermagem e a implementação do processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

COSTA, E. F. G. DA et al. Atuação do enfermeiro no manejo clínico da amamentação: estratégias para o aleitamento materno. Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online), v. 10, n. 1, p. 217-223, 2018.

FINLAYSON, K. et al. What matters to women in the postnatal period: A meta-synthes is of qualitative studies. PLoS ONE., v. 15, n. 4, p :e0231415. 2020. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231415>

GANDOLFI, M. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: da Teoria ao Cuidado Integral. Rev Enferm UFPE on line, v. 10, n. 4, p. 3694-703, 2016.

NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação - 2018/2020. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

CAPÍTULO 15

PRECEPTORIA EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DIÁLOGOS E REFLEXÕES A PARTIR DA PESQUISA APRECIATIVA

CARINE VENDRUSCOLO

EDLAMAR KÁTIA ADAMY

JULIANA ANDRÉIA DUARTE ARAÚJO

MARIA HENRIQUETA LUCE KRUSE

DAIANA KLOH

CRISTIANE TRIVISOL ARNEMANN

INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios do ensino superior na saúde é a formação profissional voltada às necessidades da população e ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁾. Nesse contexto, o protagonismo da enfermagem nos processos de trabalho nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), cenário importante para o processo de ensino e aprendizagem dos profissionais de saúde em formação, é apontado como fundamental para o alcance das metas da Organização das Nações Unidas, sobretudo os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que se refere à qualidade de desempenho, ao investimento na formação das competências ao longo da vida e à valorização profissional⁽²⁾.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação de Enfermagem (DCN-Enf) normatizam e direcionam a formação dos enfermeiros em território nacional e destacam que deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS e foco na integralidade da atenção e na qualidade e humanização do cuidado. As DCN-Enf orientam que, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo da formação, os

cursos devem incluir no currículo o Estágio Curricular Supervisionado (ECS) em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica e comunidades. Essa determinação busca, entre outras, a formação de enfermeiros, apoiada na relação entre teoria e prática, o que implica integração entre o ensino e o serviço. A aproximação entre os dois “mundos” ou cenários de aprendizagem deve acontecer a partir de um movimento recíproco, com atividades articuladas e coerentes à realidade local, atendendo às diretrizes do SUS⁽¹⁾.

Ao reconhecer a APS como campo obrigatório de estágio dos graduandos em enfermagem, há que se considerar nesse cenário, dois atores imprescindíveis à mediação do conhecimento: o professor, vinculado à Instituição de Educação Superior (IES) e o enfermeiro responsável pelo serviço, que desenvolve as atividades de enfermagem conforme legislação para seu exercício profissional, além das atribuições presentes na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Nesse contexto, a função de educador é fundamental. Na qualidade de facilitador do processo de formação, este ator auxilia o educando na construção do conhecimento, fomenta sua criatividade, criticidade e autonomia, com vistas ao desenvolvimento como profissional, como cidadão e ser humano⁽³⁻⁴⁾. A “práxis”, termo que contempla a indissociabilidade teoria e a prática, convida a explorar “as práticas”, com vistas a captar os sujeitos concretos em ação para a transformação, integrando realidade e pensamento, objetivo e subjetivo⁽³⁻⁵⁾.

Para tal, é necessário que a instituição de ensino superior incentive e ofereça subsídios (disponibilidade de horário sem prejuízos financeiros) para que o docente possa realizar a formação de maneira contínua. Soma-se a isso a necessidade de que o educando seja protagonista do processo de formação, mediante a possibilidade de desenvolver habilidades que permitam que ele seja sujeito desse processo, observador inerente e produtor dos encontros e desencontros proporcionados durante a vivência acadêmica^(1,3-4).

Quanto ao profissional – enfermeiro do serviço - envolvido no processo de formação do graduando em enfermagem, as DCN-Enf orientam que participe, efetivamente, da elaboração, da programação e do processo de supervisão do estudante no estágio supervisionado, realizado nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem. O enfermeiro assume um papel importante no ECS, representando o elo entre a universidade e o local de estágio⁽¹⁾. O Estágio Curricular pode ser visto como uma ferramenta fundamental para a formação do profissional de enfermagem, porquanto é nesse período que o estudante utilizará os conhecimentos teóricos adquiridos no decorrer da graduação, procurando, por intermédio de uma autoanálise acerca das experiências pessoais e da própria atuação, autodescobrir-se como profissional.

O profissional do serviço de saúde que auxilia na formação do enfermeiro durante o estágio, conceitualmente, é denominado “preceptor”. O termo ainda é muito divergente na literatura, carecendo de acepção consistente, referido como aquele profissional que atua no ambiente de trabalho e de formação, estritamente na área e no momento da prática clínica, com o objetivo principal de desenvolver habilidades clínicas e avaliar o estudante em formação⁽⁶⁾.

O tema preceptoria e a supervisão no âmbito da educação dos profissionais de saúde é abordado no documento emitido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e pela Associação Brasileira de Educação Médica; amplia a discussão sobre a atividade de preceptoria, pois ainda há muita diversidade na compreensão do papel do preceptor no processo de formação do graduando e pós graduando, provavelmente, devido à falta de diretrizes que orientem suas atribuições⁽⁷⁾.

Em face dos avanços e lacunas relacionados ao processo de formação em enfermagem e, sobretudo, ao papel do preceptor e, ainda, considerando o alinhamento das ações de aprendizagem entre o serviço e o ensino, tivemos como objetivo fundamental, pedagogicamente, enfermeiros do ensino e do serviço, no cenário da Atenção Primária à Saúde para o desenvolvimento da atividade de preceptoria. Espera-se que esse processo, realizado por meio da Pesquisa Apreciativa, contribua para aprimorar o processo de formação profissional na enfermagem na direção da ampliação de competências profissionais e, por conseguinte, à qualificação dos serviços.

MÉTODO

Estudo qualitativo, orientado pela Pesquisa Apreciativa. Essa modalidade de pesquisa se caracteriza pela identificação das capacidades do grupo de participantes que podem ser aperfeiçoadas e exploradas a partir de experiências positivas, com o objetivo de alcançar metas idealizadas pelos sujeitos a partir do objeto apreciado. Trata-se de uma metodologia original, pois apresenta a possibilidade de privilegiar as melhores práticas ou experiências que podem ser disseminadas naquele contexto em estudo. A Pesquisa Apreciativa é organizada em quatro fases que constituem o “ciclo 4D”, cuja denominação foi formulada a partir da língua inglesa: *Discovery* (descoberta), *Dream* (sonho), *Design* (planejamento) e *Destiny* (destino)⁽⁸⁾.

Foram convidados a fazer parte da pesquisa todos os enfermeiros- professores ou assistenciais (preceptores) - que acompanhavam ou recebiam estudantes da graduação nos cenários da Atenção Primária em Saúde em um município do Oeste Catarinense, com cerca de 50

mil habitantes, 12 equipes de Saúde da Família e um Curso de Graduação em Enfermagem em Universidade Comunitária. Foi critério para a inclusão dos participantes preceptores: ser enfermeiro trabalhar na equipe Saúde da Família e ter recebido estagiários graduandos em enfermagem. Para os participantes do setor ensino: ser enfermeiro vinculado a IES e ter supervisionado estágio na APS. Excluíram-se os enfermeiros do ensino e preceptores que estavam afastados no período da produção das informações.

Os participantes foram convidados pessoalmente, durante reuniões de trabalho na Secretaria da Saúde do Município e na Universidade. Aceitaram fazer parte da pesquisa oito (8) enfermeiras, assim distribuídas: cinco preceptoras das equipes Saúde da Família e três (3) professoras da IES com graduação em enfermagem, cuja primeira turma iniciou suas atividades na APS em 2015. Não houve recusas à contribuição no estudo.

A fase da Descoberta foi organizada em dois encontros e teve como objetivos investigar pontos fortes, habilidades pessoais e institucionais no desenvolvimento da preceptoria e da integração ensino-serviço; o terceiro encontro, fase do Sonho, buscou imaginar o melhor ideário da preceptoria na enfermagem e as possibilidades de integração ensino-serviço; o quarto encontro, fase do Planejamento, objetivou criar possibilidades para a integração ensino-serviço e diretrizes para a preceptoria; o quinto, fase do Destino, objetivou elaborar um plano de ação a partir do planejamento dos sonhos⁽⁸⁾.

Os encontros foram realizados entre os meses de abril a junho de 2019, com intervalos aproximados de 10 dias e duração média de duas horas. Obtiveram a participação média de sete enfermeiras cada. O rigor metodológico foi garantido pela efetiva participação do grupo nos diálogos sobre o tema apreciado. Eles eram encerrados mediante o cumprimento do tempo estipulado e saturação de dados, oriundos dos diálogos, caracterizando a suficiência de significado para o alcance do objetivo proposto. Ao final de cada encontro o grupo recebia uma atividade reflexiva¹ para ser estudada em casa, a qual era retomada e discutida no encontro posterior. Essas atividades eram compostas por documentos norteadores para a atividade de preceptoria e a obra “Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa” de Paulo Freire^(4,9).

Neste artigo foram analisados e discutidos os resultados do primeiro e segundo encontros, correspondentes à primeira fase da pesquisa – Descoberta – em função de sua característica

1 A tarefa ou atividade reflexiva consiste em atividades realizadas para viabilizar a reflexão acerca do objeto do estudo e corrobora na estratégia para preparar o encontro seguinte⁽⁶⁾.

metodológica de contribuir para o processo de formação voltado às melhores práticas, a partir da preceptoria.

Na fase da Descoberta contemplaram-se dois encontros com duração de uma hora, em média, cada um. No primeiro foi realizada uma breve apresentação das participantes, da temática e dos objetivos da pesquisa. Exibiu-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a cada participante, sendo solicitada assinatura. Para desencadear a discussão no grupo, utilizaram-se perguntas sobre a preceptoria. Ao final do encontro foi entregue uma atividade reflexiva.

No segundo encontro, ainda Etapa da Descoberta, foi iniciado com uma dinâmica em que cada participante escreveu em uma folha de papel uma palavra ou frase marcante referente à atividade reflexiva. Após, foi solicitado que descrevessem a sua melhor experiência com a preceptoria ou integração ensino-serviço. Ao final, receberam outra atividade reflexiva para nortear o terceiro encontro.

Considerando que o referencial teórico-metodológico preconiza um processo dialógico, crítico e participativo entre os participantes da investigação, a análise dos dados dos encontros ocorreu concomitantemente à produção das informações. Em todos os encontros, a facilitadora realizou a transcrição do material, gravado em áudio e organizou os registros do material produzido pelas enfermeiras. Para tratamento dos dados oriundos dos discursos dos participantes foi utilizada a análise temática, seguindo os momentos de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados⁽¹⁰⁾. Utilizaram-se como referencial teórico filosófico as obras do educador brasileiro Paulo Freire⁽³⁻⁴⁾.

Ao longo dos cinco encontros realizados, diferentes temas e ideias emergiram dos diálogos, os quais influenciam a atividade de preceptoria. Após analisados, os dados foram organizados em duas categorias principais: a participação e a troca em atividades de preceptoria na APS e os desafios para o desenvolvimento das atividades de preceptoria na APS.

O registro dos temas geradores foi realizado em um bloco de notas de uso pessoal da facilitadora, sendo também realizada gravação de áudio, mediante consentimento. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, sob número 2.380.748 de novembro de 2017. Para garantir o anonimato das participantes foram utilizados os seguintes códigos: EE designa as enfermeiras do ensino, numeradas de um (1) a três (3), e EP as enfermeiras preceptoras, numeradas de um (1) a cinco (5).

RESULTADOS

A participação e a troca em atividades de preceptoria na APS

As participantes apontaram a participação efetiva do preceptor nas atividades de ensino e a troca entre professores, preceptores e estudantes como importantes para transformar positivamente a atividade de preceptoria na APS.

Os depoimentos a seguir ilustram sua compreensão sobre o processo como algo prazeroso e que possibilita a troca de informações entre estudantes e professores, configurando um processo de educação permanente com os enfermeiros do serviço:

[...] elas [enfermeiras do serviço] recebem a gente super bem, elas são tranquilas! Os alunos amam ir para as Unidades [de Saúde] (EE 1).

[...] da mesma forma que os alunos estão lá aprendendo uma coisa diferente, eles estão nos ensinando muito mais talvez do que estejam aprendendo (EP 3).

Nessa direção, as enfermeiras preceptoras destacam a importância de envolver os estudantes nas atividades de educação em saúde desenvolvidas pela equipe, utilizando os diversos espaços que a comunidade oferece.

[...] vou associar os alunos à educação em saúde na escola [do bairro onde situa-se a Unidade de Saúde] o dia que a gente for, quem vai junto para levar o conhecimento são os alunos (EP 3).

A habilidade para compartilhar conhecimentos que a preceptoria oferece, reforça esse ideário da troca de conhecimentos, necessária aos processos de educação permanente em saúde e também a transformação, sobretudo, do estudante. Os participantes, nos depoimentos abaixo, ilustram como isso se desenvolve:

[...] Tem aquele preceptor, que o aluno parece que dá um salto quando está com ele, têm alunos que são um, depois que passaram por aquele campo eles são outros, então a gente percebe a interferência do preceptor no processo de ensino-aprendizagem (EE 3).

[...] outra coisa que eu acho muito importante nesse processo é a troca de experiência que a gente tem com os professores, a gente sempre troca experiência e discute, e isso é muito bom (EP 3).

Participar do processo avaliativo foi um aspecto destacado como atribuição que exige habilidades do professor, a fim de verificar se o estudante conseguiu adquirir as competências necessárias à atuação na APS e, também, como uma forma de reconhecimento desse enfermeiro preceptor:

[...] o enfermeiro preceptor deveria ter um percentual da nota do aluno, ter essa responsabilidade, porque isso faz com que o aluno respeite mais o enfermeiro (EE 2).

As enfermeiras destacam que o preceptor representa um exemplo de profissional e que o estudante, possivelmente, exercerá o cuidado pautado nesse “espelho”:

[...] realmente, a gente é espelho porque eles com certeza vão levar para a vida inteira o nosso exemplo, pegar as minhas boas ações e aplicar na vida deles e no trabalho (EP 5).

Nessa perspectiva, a demonstração prática do “fazer” a partir do “saber” na assistência da enfermagem clínica é uma habilidade importante na ótica das entrevistadas, pois o estudante se identifica com a figura e atitudes do preceptor:

[...] o aluno não quer ver o preceptor ensinando ele, mas ele quer ver o preceptor ensinando fazendo! Ele quer ver a prática sendo executada, até para ele conseguir “tirar” o que tem de melhor desse profissional (EE 2).

De forma convergente, para as participantes a experiência profissional na APS contribui para que o preceptor consiga compartilhar conhecimentos com o estudante:

[...] eu acho que o tempo de experiência que você tem na área conta muito, tanto como professor, quanto preceptor (EP 3).

O estudante em campo de estágio precisa de espaço e liberdade para conseguir desenvolver as habilidades necessárias à assistência, aspectos que precisam ser considerados pelo preceptor:

[...] eu deixo elas [estudantes] sozinhas, penso que elas precisam criar essa postura, então semestre passado elas ainda estavam sob minha supervisão [...] deixo as meninas bem à vontade, eu sempre peço: “vocês querem que eu fique ou vocês preferem ficar sozinhas?” (EP 1).

O trabalho em equipe, também foi destacado pelas preceptoras como habilidade necessária e ação transformadora para a atividade de preceptoria, reconhecida pelos estudantes durante os estágios no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF):

[...] as meninas [estudantes] elogiaram esse trabalho em equipe, elas falaram que esperam que quando forem enfermeiras, que seja uma equipe de saúde porque acaba que o enfermeiro, às vezes, fica meio limitado em algumas situações, e precisa da equipe [...] você acolhe o paciente, você vai atrás do médico, vai atrás do profissional que você precisa e resolve a situação do seu paciente, então eu fiquei feliz (EP 5).

Desafios para o desenvolvimento das atividades de preceptoria

Embora o método utilizado possilitasse a contextualização e a construção de ações transformadoras e positivas em relação à preceptoria de enfermeiros na APS, devido ao envolvimento das

participantes, emergiram os anseios para o desenvolvimento da atividade de preceptoria, os quais foram considerados como desafios no processo de ensino-aprendizagem dos estudantes, sendo necessário problematizá-los para, então, enfrentá-las.

Dentre os temas que representam desafios ao desenvolvimento da atividade de preceptoria na APS, a falta de experiência com a docência e com a APS pode prejudicar o aprendizado. A falta de experiência profissional como professor (didática) por parte dos enfermeiros preceptores e da experiência profissional na APS, também, fica evidente como uma fragilidade no processo:

[...] se eu fosse professora eu teria mais didática para falar com alunos [...] aí eu acho que se tivesse essa parte didática, facilitaria para o aluno (EP 2).

[...] eu senti dificuldade pela pouca experiência na Atenção Básica, [...] porque às vezes, eles vão também, com uma expectativa muito grande, mas a gente não tem como saber tudo (EP 3).

Outra identificação realizada pelas preceptoras foi em relação à dificuldade de os estudantes reconhecerem a gestão como uma das dimensões do trabalho da enfermagem. Eles manifestam preocupação com atitudes que valorizam demasiadamente as práticas:

[...] ver os procedimentos de gestão das meninas, tem alunos que não dão tanto valor [...] a gente tem que começar a entender que o burocrático também é prática, isso faz parte do serviço, o nosso serviço é a metade ou mais burocrático (EE 3).

[...] eu acho que ainda os alunos valorizam muito o procedimento em si, e não o processo (EP 4).

As participantes também acreditam que, para que o estudante tenha êxito ao realizar as atividades em estágio, a IES e o serviço devem estar integrados, porém confirmam que, por vezes, há falha na comunicação entre ambos:

[...] se comunicar antes, o serviço e o ensino, para ver como que eles [estudantes] estão, qual é a fase, tudo o que é estudado, para a gente saber também, repassar o nosso conhecimento (EP 5).

[...] a falta da comunicação [com o serviço] às vezes acaba prejudicando o campo de estágio, estão se não se comunica acaba prejudicando (EE 2).

A avaliação do estudante ainda não é realizada pelo enfermeiro preceptor do município em estudo, o que representa um desafio para a preceptoria na ótica dos participantes:

[...] enfermeiro preceptor tem que avaliar! Porque a gente, às vezes, não sabe que o aluno chegou atrasado, dá o acaso de a gente chegar antes do que o aluno [...] (EE 2).

Nessa direção, conhecer o perfil do graduando é uma necessidade visualizada, especialmente

te, pelas enfermeiras preceptoras:

[...] as professoras convivem muito mais com os alunos, elas já conhecem, [...] porque cada um tem um perfil, e essa turma que está indo lá [no serviço], eles têm perfil bem diferenciado (EP 3).

A falta de capacitação para a atividade de preceptoria aparece como elemento que gera insegurança para qualificar a formação:

[...] quando o estagiário chega na Unidade, o que eu vou fazer com ele? O que eu posso delegar para ele? O que eu tenho que acompanhar? O que ele pode fazer sozinho? [...] (EP 2)

Conciliar as atividades do enfermeiro do serviço com as de preceptoria leva à sobrecarga, que reflete em falta de tempo para realizar todas as suas atribuições:

[...] as vezes não dá tempo de explicar tanto como você gostaria de explicar, os porquês [...] (EP 1).

Cumpre destacar ainda que, nos depoimentos do grupo, por vezes, reconhecem-se expressões como “repassar o conhecimento”, remetendo à sua compreensão sobre o processo pedagógico, especialmente, às atribuições na qualidade de educador.

DISCUSSÃO

Foi proporcionado às participantes - por meio da Pesquisa Apreciativa - a compreensão sobre o processo ensino-aprendizagem na formação profissional do enfermeiro na APS, sendo determinante como método para o reconhecimento das suas potencialidades e desafios na preceptoria. Tanto que, ao longo dos encontros, mediante a percepção quanto as suas limitações didáticas, foi sugerida como tarefa a leitura da obra de Freire, a qual auxiliou na transição sutil entre um ideário mais conservador relacionado às estratégias pedagógicas, visível em expressões como “repassar o conhecimento”, para um mais libertador e construtivista, o que se observa nas entrelinhas dos depoimentos, sobretudo quando começam a refletir sobre a importância da sua prática para a docência. Para Freire, educar de forma problematizadora significa orientar o educador para uma condição na qual ele não é o que apenas educa, mas o que, ao passo que educa é educado, em permanente diálogo com o educando, o qual, por sua vez, ao ser educado do mesmo modo, educa⁽³⁻⁴⁾.

Com tal compreensão, as enfermeiras reconhecem que a atividade da preceptoria é uma prática complexa, pois insere o profissional vinculado ao serviço no processo ensino-aprendizagem do estudante, aproximando a teoria da prática. Assim, o enfermeiro preceptor ao mesmo tempo é um

professor, ou seja, no ideário Freireano, um educador que, ciente e crítico de seu contexto, pautado no respeito aos estudantes, aprende enquanto ensina e transforma a realidade a partir da ação-reflexão-ação, levando as participantes a refletir sobre as habilidades da docência que ainda não são trabalhadas na preceptoria. As boas relações e a troca de conhecimentos entre professores das IES, preceptores e estudantes foram, nessa perspectiva, destacadas como ações importantes para o desempenho da função de preceptoria⁽³⁾.

Mesmo diante da grande responsabilidade do preceptor na formação profissional, ele precisa ser flexível, de modo que promova no estudante a autonomia, ofereça espaço e liberdade, em face das decisões interventivas e procedimentos realizados, permitindo o desenvolvimento da sua identidade profissional, fortalecendo a comunicação, a empatia e a assistência⁽¹¹⁾.

Na área da APS, a preceptoria vem sendo discutida, principalmente, na área médica, com maior concentração nos cursos de residências, devido à expansão dos Programas de Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade, nas quais a atividade e função do preceptor figura-se mais estruturada⁽¹²⁻¹³⁾. Em relação à enfermagem, as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF), criadas por meio da parceria entre Ministério da Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e IES para formar trabalhadores de saúde de acordo aos princípios do SUS, evidenciaram o papel do enfermeiro preceptor, sobretudo, no processo pedagógico^(7,14).

O enfermeiro no seu campo de trabalho, além de facilitar o processo ensino aprendizagem, atua como instrutor clínico de estudantes durante a prática, tanto na graduação, como na residência⁽¹⁵⁾. Daí a necessidade apontada pelas enfermeiras de que o profissional passe a fazer parte, inclusive, do processo avaliativo o qual, por sua vez, necessita ser pautado em estratégias que fomentem a reflexão crítica, de forma processual e que busque, coletivamente, soluções para os problemas do cotidiano laboral⁽¹⁾.

Para os estudantes, é possível adquirir maior número de informações com preceptores que organizam e planejam a aprendizagem clínica, quando estabelecem uma relação mais próxima com o estudante⁽¹⁶⁾. Nessa direção, os participantes do estudo reconhecem a importância da aproximação entre os atores do ensino e do serviço, que deve estar pautada na comunicação entre professores, profissionais de saúde, gestores, estudantes e comunidade. Tal aproximação implica, inclusive, os processos de educação permanente que ocorrem no cotidiano laboral, outro aspecto sinalizado como positivo, pois contribui com a resolução dos problemas mediante uma estratégia de transformação da realidade, pautada na aprendizagem significativa⁽¹⁾.

Há a ponderação – em estudos - sobre as habilidades necessárias aos enfermeiros do serviço

para a preceptoria, com destaque à proatividade, à formação permanente, ao aprendizado a partir da reflexão sobre a prática e a modificação quando necessário, com o objetivo de desenvolver apreço pela pesquisa e adquirir conhecimentos^(2,15). A preceptoria também proporciona a ampliação do conhecimento através da troca e atualização dos saberes didático e pedagógicos⁽¹⁷⁾.

Uma grande parcela dos enfermeiros possui formação pedagógica incipiente para o ensino, possivelmente em razão da retirada destes conteúdos dos currículos dos cursos de graduação em enfermagem e da pouca oferta desse tipo de qualificação. Segundo dados do Sistema e-MEC, referentes aos cursos de licenciatura concomitante ao bacharel em enfermagem no Brasil, são apenas 18 IES que ofertam essa formação⁽¹⁸⁾. Destaca-se que, dentre os desafios apresentados pelos preceptores de iniciativas como o Pró e Pet-Saúde, está o incipiente preparo pedagógico para o exercício da preceptoria⁽¹⁹⁾.

Considerando que educar é transformar, reconhecer que somos seres históricos, críticos e condicionados, mas não determinados, podemos pensar que para atuar como um bom professor, algumas habilidades facilitam e promovem o processo ensino-aprendizagem; dentre elas podemos citar a humildade, o conhecimento, a estética e ética, a criticidade, o reconhecimento da história cultural dos estudantes, o bom senso, o comprometimento com o ensino, a competência profissional e a amorosidade⁽⁴⁾. Nessa direção, o estudo confirma que ações que demandam essas prerrogativas podem e devem ser realizadas nos momentos de estudo que envolvem os cenários da APS, sobretudo quando destacam o diálogo, a discussão em grupo, o envolvimento dos participantes, buscando formas de transformar e qualificar o tema discutido⁽⁴⁾.

É importante analisar a preceptoria a partir da lógica da integração ensino-serviço, a qual busca incorporar a reflexão pedagógica nas IES e nos serviços. Aproximar os cenários de formação dos profissionais da saúde com o intuito de discutir o planejamento do processo ensino-aprendizagem, levando em conta as necessidades dos estudantes e profissionais, bem como os distintos cenários com os problemas da realidade e do trabalho, parece ser uma estratégia promissora para atender as prerrogativas constitucionais que atribuem ao SUS a corresponsabilização pela formação dos profissionais. Coerente com tal possibilidade, as enfermeiras do ensino e do serviço assumem uma postura de protagonismo e colaboração com processos pedagógicos que se estabelecem naquele contexto⁽¹⁻²⁾.

Além da carência de formação pedagógica para o ensino, destacada pelas participantes, outros fatores que dificultam o desenvolvimento da atividade de preceptoria na APS são encontrados na literatura, muitos deles convergentes com os achados deste estudo, como a falta de capacitação

em preceptoria, principalmente relacionada às práticas pedagógicas; o excessivo número de estudantes por preceptor; o perfil dos estudantes e a precária infraestrutura dos espaços da Unidade de Saúde para a realização dos encontros, debates, oficinas e mesmo de atendimento aos usuários⁽²⁰⁾. Além disso, sinalizam para a sobrecarga gerada pelo acréscimo de mais uma função ao rol das atividades que já realizam cotidianamente e a não remuneração desta função⁽¹⁷⁾. De maneira geral, os autores apontam para a boa vontade e um esforço coletivo entre a instituição de ensino e o serviço para o aprimoramento da função de preceptor^(17,20).

Os achados deste estudo permitem inferir que o papel do preceptor é fundamental como facilitador do processo de formação, ao auxiliar os estudantes na construção do conhecimento e ao se preocupar com a própria formação, de maneira permanente. As atribuições e contribuições, bem como reconhecimento do enfermeiro, preceptor principalmente, em grau de graduação, deixam uma lacuna no âmbito legal dessa atividade, pois ainda não foi reconhecida essa atividade pelos órgãos da saúde, da educação e, nem mesmo, pelo Conselho Federal de Enfermagem. É preciso que as IES e a gestão da APS voltem sua atenção para essa atividade e se envolvam na produção de conhecimento sobre a temática, com o objetivo de qualificar a formação dos futuros enfermeiros e, também, para fortalecer a integração ensino-serviço, consequentemente, fomentando a resolutividade da APS.

CONCLUSÕES

Fundamentou-se, pedagogicamente, - por intermédio deste estudo – as enfermeiras do ensino e do serviço para o desenvolvimento da atividade de preceptoria. Nesse contexto, apresenta ações dos preceptores e professores, que corroboram com o processo ensino-aprendizagem dos estudantes de enfermagem e vinculam estes profissionais ao serviço de saúde que acolhe, ensina, orienta e avalia a prática clínica do estudante de graduação e pós-graduação em enfermagem.

Quanto aos desafios que se estabelecem à atividade de preceptoria, foi sinalizada a falta de preparo pedagógico do profissional para desempenhar funções didáticas. Nessa direção, recomenda-se a existência de espaços que beneficiem o encontro entre o ensino e o serviço de saúde, com vistas ao reconhecimento das potencialidades e ao planejamento de ações que favoreçam a integração ensino-serviço.

As concepções dos professores e preceptores tangenciam os pressupostos teóricos e políticos que operam à luz da obra de Paulo Freire, que considera ser a educação transformadora da realida-

de. Tal ideário foi fortalecido pela abordagem desta pesquisa, pois se reconhece que os encontros fizeram parte de um processo de educação permanente em saúde. Nesse sentido, cumpre destacar a Pesquisa Apreciativa como uma metodologia participativa que favoreceu, não só o reconhecimento dessas potencialidades, como também possibilitou aos envolvidos discutir e compartilhar ideias sobre o tema.

Como limitações do estudo, reconhecemos a dificuldade na realização dos encontros devido aos compromissos dos participantes; também destacamos a impossibilidade de acompanhar o grupo por mais tempo, a fim de constatar a efetiva modificação da realidade. Diante disso, recomendam-se outras pesquisas que disseminem experiências exitosas da preceptoria, incluindo os atores envolvidos.

Com essa pesquisa, buscou-se o aprimoramento da formação profissional do enfermeiro e a qualificação do trabalho na APS, principalmente na aproximação do ensino com o serviço e para a reorganização das atividades práticas do ensino em enfermagem neste cenário.

REFERÊNCIAS

Vendruscolo C, Kloh D, Pozzebon A, Zanatta EA, Bender JW, Zocche DAA, et al. Estratégias pedagógicas que norteiam a prática de enfermeiros professores: interfaces com a educação libertadora de Paulo Freire. *Revista Inova Saúde*. 2018;7(1):93-110. doi: <http://dx.doi.org/10.18616/is.v7i1.3388>

Ferreira DS, Ramos FRS, Teixeira E, Monteiro WF, Aguiar AP. Obstáculos para práxis educativa de enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42:e20190521. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190521>

Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 59a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2015.

Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 43a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

Costa R. A práxis marxista e o intelectual orgânico em Gramsci: a emancipação humana como horizonte. *Germinal: Marxismo Educ Debate*. 2020;11(3):235- 47. doi: <https://doi.org/10.9771/gmed.v11i3.33635>

Autonomo FROM, Hortale VA; Santos GB, Botti SHO. A Preceptoria na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. *Rev bras educ med*. 2015;39(2):316-27. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e02602014>

Ministério da Saúde (BR). Oficina de Trabalho para Pactuação de Termos Sobre Preceptoria e Supervisão, no Âmbito da Educação dos Profissionais de Saúde. Org. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação pela Saúde – SGTES, Associação Brasileira de Educação Médica. Brasília (DF), 2018.

Arnemann CT, Gastaldo D, Kruse MHL. Appreciative Inquiry: characteristics, utilization and possibilities for the field of Health in Brazil. *Interface*. 2018 Mar [acesso 2019 Nov 12];22(64):121-31. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0763>

Conselho Nacional de Saúde (CNS). Aprova o Parecer Técnico nº 28/2018 contendo recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação Bacharelado em Enfermagem. Resolução CNS n. 573, 31 janeiro, 2018. Brasília (DF): CNS; 2018 [acesso 2019 Dez 20]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso586.pdf>

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

Anwar S, Supriyati Y, Tolla B. Correlation between communication and preceptorship toward attitudes of nurse students. *Enferm Clin*. 2020 Mar; 30 Suppl 3:27-30. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.01.004>

Izecksohn MMV, Teixeira Junior JE; Stelet BP, Jantsch AG. Preceptorship in Family and Community Medicine: challenges and achievements in a Primary Health Care in progress. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(3):737-46. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.332372016>

Garcia AP, Cadioli LM, Lopes Júnior A, Gusso A, Valladão Júnior JBR. Preceptorship in the Family Medicine Residence of Universidade de São Paulo: policies and experiences. *Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]*. 2018 Jan-Dez [acesso 2020 Jan 15];13(40):1-8. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1610>

Paczek RS, Alexandre EM. Preceptory in nursing in a public health servisse. Rev. enferm. UFPE on line. 2019; 13: [1-6]. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242697>

Ferreira FDC, Dantas FC, Valente GSC. Nurses' knowledge and competencies for preceptorship in the basic health unit. Rev Bras Enferm. 2018;71(Suppl 4):1564-71. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0533>

Serrano-Gallardo P, Martínez-Marcos M, Espejo-Matorrales F, Arakawa T, Magnabosco GT, Pinto IC. Factors associated to clinical learning in nursing students in primary health care: an analytical cross-sectional study. Rev Latino-Am Enfermagem. 2016;24:e2803. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0327.2803>

Antunes JM, Daher DV, Ferrari MFM. Preceptory as locus of learning and coproduction of knowledge preceptoría como locus de aprendizaje y de coproducción de conocimiento. Rev enferm UFPE on line. 2017;11(10):3741-8. doi: <https://doi.org/10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201706>

Ministério da Educação(BR). Sistema e-MEC. Consulta avançada. Brasília (DF): MEC; 2018 [acesso 2019 Set 20]. Disponível em: <http://emece.mec.gov.br/>

Almeida RGS, Teston EF, Medeiros AA. The interface between Education through Work for Health Program. Saúde debate. 2019;43(supl 1):97-105. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s108>

Oliveira, BMF; Daher, DV. The integrated practice of the nurse preceptor in the process of formation: the teaching and caregiving as participants of the same process. Rev Docência Ens Sup. 2016;6(1):113-38. doi: <http://dx.doi.org/10.35699/2237-5864.2016.2074>

SOBRE OS AUTORES

Adriana Moraes Leite. Enfermeira. Doutora. Professora Associada. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, Brasil. E-mail: drileite@eerp.usp.br

Adriana Mafra Brienza Enfermeira. Doutora. Professora Assistente. Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional de Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: adrianamafra@yahoo.com.br

Alice de Andrade Santos. Enfermeira. Mestre pela Universidade Federal da Bahia na Linha de Pesquisa: O Cuidar Em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano e membro participante do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde do Idoso (NESPI). Docente da Faculdade Ruy Barbosa. E-mail: lice_andrade1@hotmail.com

Aliny Henri Motta Coifman. Enfermeira. Doutora em Enfermagem e Saúde pela UFBA. E-mail: alynecoifman@gmail.com

Aline Mizusaki Imoto. Fisioterapeuta. Professora do Programa de Mestrado em Ciências para a Saúde – Modalidade profissional. Escola Superior de Ciências da Saúde/ Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Arianna Oliveira Santana Lopes. Enfermeira. Doutora em Enfermagem e saúde pela UFBA. Docente da Faculdade Independente do Nordeste. E-mail: ariannasantana@fainor.com.br

Adriane Pinto de Medeiros. Enfermeira, Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Avenida Bandeirantes 3900, Monte Alegre, Ribeirão Preto, São Paulo. E-mail: adriane_med@hotmail.com

Camila Medeiros Cruvinel Cunha. Enfermeira intensivis-

ta em Neonatologia e Pediatria. Especialista em Saúde Pública. E-mail: cmcruvinel@yahoo.com.br

Cândida Caniçali Primo. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora associada da Universidade Federal do Espírito Santo. Atua na graduação e na Pós-graduação em Enfermagem e na Pós-graduação em Saúde Coletiva. Membro fundador da RePPE: Rede de Estudos em Processo de Enfermagem e Membro fundador da RETE – Rede de Estudos em Tecnologias Educacionais. Líder e fundadora do CuidarTech. E-mail: candidaprimo@gmail.com

Carine Vendruscolo. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da Udesc/Oeste. E-mail: carine.vendruscolo@udesc.br

Carmen Gracinda Silvan Scochi. Enfermeira. Doutora. Professora Titular. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Consultora ad hoc do CNPq, CAPES, FAPESP. E-mail: carmens-cochi@gmail.com

Cristiane Lima Abrahão. Enfermeira do Grupo Hospitalar Conceição, Hospital Nossa Senhora da Conceição – GHC/HNSC. Mestre em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos. E-mail: cristianelimamestrado@gmail.com

Denise Antunes de Azambuja Zocche. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da Udesc/Oeste. E-mail: denise.zocche@udesc.br

Edlamar Kátia Adamy. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da Udesc/Oeste. E-mail: edlamar.adamy@udesc.br

Eliete Maria Silva. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Livre docência (2008) no Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professora Associada na Faculdade de Enfermagem da Unicamp, Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Práticas de Enfermagem e Saúde (Gepepes). E-mail: emsilva@unicamp.br

Eloah de Paula Pessoa Gurgel. Enfermeira. Doutora e Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Membro da Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões de Pele de Recém-Nascidos da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (Meac/UFC/Ebsert). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Neonatologia, atuando principalmente nos seguintes temas: Recém-Nascido, Cuidado Humanizado, Unidade Neonatal e Cuidados com a Pele do Recém-Nascido. E-mail: loahgurgel@yahoo.com.br

Eliane de Fátima Almeida Lima. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora da Universidade Federal do Espírito Santo. Atua na graduação e na Pós-graduação em Enfermagem e na Pós-graduação em Saúde Coletiva. E-mail: eliane.lima@ufes.br

Evelyne Lobo Gurgel. Enfermeira. Mestre em Tecnologia e Inovação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Especialista em Enfermagem em UTI Pediátrica e Neonatal, Clínica Médico-Cirúrgica e Saúde da Família. Enfermeira Neonatologista da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (Meac/UFC/Ebsert). Membro da Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões de Pele de Recém-Nascidos da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (Meac/UFC/Ebsert). E-mail: evelyne_lobo@hotmail.com

Fernanda Jorge Magalhães. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutora de Mobilidade Internacional da Universidade do Porto (UP). Especialista em Enfermagem Neonatal (UFC). Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (Uece). Professora Adjunta da Universidade de Pernambuco (UPE)/Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG). Professora colaboradora do Mestrado Profissional de Enfermagem em Tecnologia e Inovação da Universidade de Fortaleza (MPTIE/Unifor). E-mail: fernandajmagalhaes@yahoo.com.br

Firmina Hermelinda Saldanha Albuquerque. Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Professora do Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB/Ufam). Especialista em Planejamento e Gestão em Saúde Pública pela Faculdade Táhirih. Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade Literatus. Especialista em Saúde Indígena pela Universidade Federal de São Paulo. Especialista em Preceptoria no SUS pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. E-mail: hermelindaanjo@hotmail.com

Flávia Souza Proença. Mestre. Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional de Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: flaviaproenca2@gmail.com

Franklin de Almeida Cipolato. Acadêmico de Enfermagem. Curso de Graduação em Enfermagem. UDESC. E-mail: franklincipolato1999@hotmail.com

Fernanda Raphael Escobar Gimenes. Enfermeira, Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Segurança do Paciente. integrante da Rede Global de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde. E-mail: fregimenes@eerp.usp.br

Henriqueta Ilda Verganista Martins Fernandes. Enfermeira. Posdoctor em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Doutora em Educação pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa. Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Docente da Escola Superior de Enfermagem do Porto (Esep). Professora visitante do Mestrado Profissional de Enfermagem em Tecnologia e Inovação da Universidade de Fortaleza (MPTIE/Unifor). E-mail: ildafernandes@esenf.pt

Jhonathan Lucas Araujo. Enfermeiro. Especialista em Enfermagem Neonatal. Mestre em Enfermagem Universidade Federal do Espírito Santo. Enfermeiro assistencial da Utin do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes. E-mail: jhonathan.enf@gmail.com

Karla Maria Carneiro Rolim. Enfermeira. Posdoctor em l'Humanisation des Soins en Néonatalogie pela Universidade de Rouen, França. Mestra e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) e da Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (Unifor). Líder do Núcleo de Pesquisa Tecnologias no Cuidado Materno Infantil (Nupestecmi/Unifor/CNPq). E-mail: karlarolim@unifor.br

Katiane Tavares da Silva. Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Especialista em Gestão e Controle de Infecção Hospitalar pela Faculdade INESP, especialista em Educação na Saúde para Preceptores do Sistema Único de Saúde pelo hospital Sírio Libanês. E-mail: katytavares85@gmail.com

Laís Facioli Rosa Moreno da Costa. Enfermeira, Mestre, Professora da Universidade de Franca. Av. Dr. Armando de Sáles Oliveira, 201, Parque Universitário, Franca, São Paulo, CEP: 14404-600. CPF: 368.440.968-52. E-mail: lafrmoreno19@hotmail.com

Larissa Dantas Estevam. Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Enfermagem. Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: larissadlobo@gmail.com

Larissa Chaves Pedreira. Enfermeira. Pós doutora pela UFBA. Vice-líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas do Idoso (Nespi) e integrante do Grupo de Estudo do Cuidar em Saúde (GECS) da Escola de Enfermagem da UFBA. Docente Associada da Escola de Enfermagem da UFBA, atuando na graduação e na pós-graduação. E-mail: lchavesp@ufba.br

Leila Bernarda Donato Göttems. Enfermeira. Programa de Mestrado em Ciências para a Saúde – Modalidade profissional. Professora da Escola Superior de Ciências da Saúde/Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde. Universidade Católica de Brasília. E-mail: leila.gottems@gmail.com

Lucimar Andrade Cardoso Muri. Universidade Federal do Espírito Santo, Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes. Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: lucimarmuri@yahoo.com.br

Luna Vitória Cajé Moura. Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela UFBA. Intensivista e Emergencista. Docente da Faculdade Adventista da Bahia. E-mail: luna.moura@adventista.edu.br

Marcos Antônio Gomes Brandão. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor Associado da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Líder de Pesquisa do Grupo de Pesquisa Tecnologias e Concepções para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (TECCONSAE) e pesquisador colaborador do Grupo de Estudos em Aprendizagem e Cognição (GEAC). E-mail marcosantonio@gmail.com

Maria Silvia Teixeira Giacomasso Vergilio. Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Membro dos grupos de pesquisa: Estudos e Pesquisas em Educação e Práticas de Enfermagem e Saúde-Gepepes/Unicamp e Grupo de Pesquisa em Tecnologia em Gestão em Enfermagem-Geptge/Unicamp. msilviavergilio@gmail.com

Marina Akemi Shinya Fuzita. Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva: Política e Gestão em Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas (Unicamp). Atuou por 10 anos na atenção primária de Campinas e atualmente trabalha na vigilância epidemiológica do Departamento de vigilância em saúde de Campinas. E-mail: marina.asfuzita@gmail.com

Michel Jean Marie Thiollent. Doutorado em Sociologia – Université de Paris V (René Descartes) (1975). Formação em Desenvolvimento Econômico e Social – Institut d'Etude du Développement Économique et Social – Université de Paris I (Panthéon-Sorbonne) (1966-1971). Trabalhou como Professor da Unigranrio no PPGA – Programa de Pós-Graduação em Administração (2011-2019). E-mail: m.thiollent@gmail.com

Monica Batista Mendes Nunes. Enfermeira de Estratégia de Saúde da Família, Mestre, Prefeitura Municipal de Araraquara. E-mail: monicabmfrancisco@gmail.com

Márcia Helena de Souza Freire. Mestrado e Doutorado em Saúde Pública da USP/SP, Materno-infantil e Epidemiologia. Fellow em Implementação de Práticas Clínicas com Base em Evidências pela JBI. Docente dos Programas de Pós-graduação Acadêmico e Profissional) do DENF/UFPR. Linhas de Pesquisa: Tecnologia e Inovação em Saúde; Políticas e Práticas de Saúde, Educação e Enfermagem; Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem. Email: marcia.freire@ufpr.br

Mirna Albuquerque Frota. Enfermeira. Posdoctor em Pédopsychiatrie pela Universidade de Rouen, França. Pós-doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universi-

dade Federal da Bahia (UFBA). Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC). Professora Titular do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) e da Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (Unifor). E-mail: mirna.frota@cofen.gov.br

Ricardo Gamarski. Médico. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Membro titular da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS. Doutorando na Universidade Nova de Lisboa. Membro da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE). E-mail: ricardo.gamarsk@gmail.com

Rosane Mortari Ciconet. Docente no PPG em Enfermagem – Mestrado Profissional em Enfermagem da Unisinos, na Linha de Pesquisa Educação em Saúde. Conselheira do Conselho Regional de Enfermagem do RS (Gestão 2021-2023). rmortari@unisinos.br

Rosana Aparecida Pereira. Enfermeira, Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Avenida Bandeirantes 3900, Monte Alegre, Ribeirão Preto, São Paulo, CEP: 14040-902. CPF: 216.159.818-02. E-mail: rosanna.pereira@gmail.com

Rosana Oliveira de Lima. Universidade Federal do Espírito Santo, Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes. Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: rosanaufes@gmail.com

Talita Balaminut. Enfermeira. Doutora. Professora Doutora. Faculdade de Enfermagem. Universidade Estadual de Campinas. E-mail: tbalamin@unicamp.br

Thaís Aparecida Surlo Caetano. Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Enfermagem. Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: thais.surloc@gmail.com

Vanessa Ferreira Lima. Enfermeira. Mestre. Doutoranda no Programa Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. E-mail: vane_fdl@yahoo.com.br

