



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – GESTÃO DO CUIDADO  
EM ENFERMAGEM – MESTRADO PROFISSIONAL**

**AMARILDO MAÇANEIRO**

**AVALIADOR DIGITAL PARA ACOLHIMENTO E  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM SERVIÇO DE  
EMERGÊNCIA ONCOLÓGICA**

**FLORIANÓPOLIS  
2017**



AMARILDO MAÇANEIRO

**AVALIADOR DIGITAL PARA ACOLHIMENTO E  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM SERVIÇO DE  
EMERGÊNCIA ONCOLÓGICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, modalidade Mestrado Profissional, para a obtenção do grau de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

**Área de concentração:**

Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem

**Linha de pesquisa:**

Gestão e Gerência em Saúde e Enfermagem

**Orientadora:**

Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

**Co-Orientador:**

Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos

FLORIANÓPOLIS  
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

MAÇANEIRO, AMARILDO  
AVALIADOR DIGITAL PARA ACOLHIMENTO E  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA  
ONCOLÓGICA / AMARILDO MAÇANEIRO ; orientador, Dra.  
ALACOQUE LORENZINI ERDMANN, coorientador, Dr. JOSÉ  
LUÍS GUEDES DOS SANTOS, 2017.  
126 p.

Dissertação (mestrado profissional) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de  
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. ENFERMAGEM ONCOLÓGICA. 3.  
TECNOLOGIA BIOMÉDICA. 4. ACOLHIMENTO. 5. SERVIÇO  
HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA. I. ERDMANN, Dra. ALACOQUE  
LORENZINI. II. SANTOS, Dr. JOSÉ LUÍS GUEDES DOS .  
III. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM  
ENFERMAGEM

"AVALIADOR DIGITAL PARA ACOLEHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE  
RISCO EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ONCOLÓGICA"

Amarildo Maçaneiro

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO  
TÍTULO DE: MESTRE PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO EM  
ENFERMAGEM

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem

Profa. Dra. Jane Cristina Anders

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem

Banca Examinadora:

Dr. Dr. José Luís G. dos Santos (Co-Orientador)  
NFR/Universidade Federal de Santa Catarina (Presidente)

Profa. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza (Membro)  
MPENF/Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Luciana Martins da Rosa (Membro)  
MPENF/Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Aline Lima Pestana Magalhães (Membro)  
NFR/Universidade Federal de Santa Catarina



***Dedicatória***

*Aos meus pais Osni Maçaneiro e Maria Maçaneiro,  
responsáveis pela minha existência!*

*Ao meu irmão Gilberto Maçaneiro.*

*Ao meu esposo Edevaldo João da Silva . . .*





## ***Agradecimentos***

*Aqui, exerço meu direito de ser informal . . . sem citações diretas, indiretas, paráfrases . . . Agradeço primeiramente a Deus, que em tantos momentos desesperadores carregou-me no colo, não permitindo que eu me afastasse de meu propósito.*

*Aos meus pais, que me ensinaram, me educaram, e principalmente confiaram em mim. Sr. Osni Maçaneiro e Maria Mçaneiro, agradeço por nunca terem me deixado nos momentos difíceis e por permitirem que meu sonho fosse concretizado.*

*À toda minha família por sempre estarem ao meu lado, por toda paciência e compreensão pelos meus muitos momentos de ausência, durante toda a caminhada para alcançar meu objetivo.*

*Aos meus amigos, irmãos de coração, que Deus abençoe a cada dia suas vidas.*

*A Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann e ao Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos, pela colaboração em todos os momentos deste estudo, pelo incentivo e pela confiança em mim depositados. Pela forma amiga e pela compreensão durante as orientações, que foi excepcionalmente profissional.*

*A Professora Dra. Jane Cristina Anders e a todos os professores do mestrado profissional, pelo carinho, apoio incondicional e perseverança.*

*A todos os funcionários do CEPON e em especial a Dra. Maria Tereza Scholler e toda a Direção da Instituição.*

*Igualmente meus agradecimentos especiais ao Fernando César Costa e Gisele Martins Miranda.*

*Muito obrigada meu Deus por sempre iluminar meus caminhos e por fazer com que mais esse sonho se realizasse!*

***Muito obrigado a todos!***





PINTURA A ÓLEO DE LUIZ FREITAS: "ENFERMAGEM EM EVOLUÇÃO - O PASSADO INFLUENCIANDO O PRESENTE" (2003). HOJE EXPOSTA NA SALA DO DEPTO. ENFERMAGEM FUNDAMENTAL -EEAP - UNIRIO

*"A questão não é se um sistema multimídia será desenvolvido (ele será), mas quando, como e sob quais condições".*

*(Manuel Castells, 2006)*



MAÇANEIRO, Amarildo. **Avaliador digital para acolhimento e classificação de risco em um serviço de emergência oncológica**. 2017, 126fl. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-Graduação – Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Orientadora: Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann. Co-Orientador: Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos. Linha de pesquisa: Gestão e gerência em saúde e enfermagem.

## **RESUMO**

O acolhimento com classificação de risco visa à avaliação do paciente logo na sua chegada ao serviço de emergência, possibilitando humanização e agilidade no atendimento. Apesar dos avanços nos sistemas de classificação de risco em emergência, ainda são escassos os instrumentos de acolhimento voltados especificamente à avaliação do paciente oncológico. Dessa forma, este estudo teve como questão de pesquisa: como desenvolver um avaliador digital para utilização pelos enfermeiros no acolhimento com classificação de risco no Ambulatório de Intercorrências Oncológicas – AIO. O objetivo do estudo foi desenvolver um avaliador digital para acolhimento e classificação de risco no Ambulatório de Intercorrências Oncológicas – AIO e conhecer a opinião dos enfermeiros acerca da aplicabilidade do mesmo. O estudo adotou como metodologia o Processo de Desenvolvimento de Produto, por meio das macrofases de planejamento e desenvolvimento, englobando o período de abril de 2016 a novembro de 2017. O cenário do estudo foi o Ambulatório de Intercorrências Oncológicas (AIO) do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), uma Unidade de Emergência, em Florianópolis, SC. Os dados foram coletados por meio de grupos de discussão e entrevistas com seis enfermeiros que atuavam nesse serviço. A análise de dados foi desenvolvida de acordo com a análise temática proposta por Bardin. Ressalta-se que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do CEPON, sob parecer 2.098.745. O avaliador digital foi desenvolvido dentro do sistema de saúde Tasy, com os seguintes itens de avaliação: diagnóstico médico, queixa principal com aplicação da escala visual analógica da dor, história de alergia/reação adversa/intolerância, doenças prévias e atuais, tratamentos atuais, alimentação/nutrição, ingestão hídrica, nível de consciência por meio da escala de coma de Glasgow, cabeça e pescoço, pele e mucosa, mobilidade, eliminações e vigilância para bactéria multirresistente. Ao final da avaliação, o enfermeiro atribuía a

classificação de risco por meio de um sistema de cores conforme a prioridade: emergência (vermelha) urgência(amarela) e pouco urgente (verde). A opinião dos enfermeiros acerca da aplicabilidade do avaliador digital foi obtida por meio de três categorias: Avaliação da linguagem e estrutura, Benefícios do avaliador digital e Satisfação com o resultado final. De modo geral, os enfermeiros mostraram-se satisfeitos tanto com a linguagem quanto com a estrutura do aplicativo, destacando como principais benefícios: abordagem holística do paciente, agilidade na avaliação do paciente, melhoria da comunicação da equipe de enfermagem e uniformidade na avaliação dos pacientes. Dessa forma, o avaliador digital irá auxiliar os enfermeiros e a equipe de enfermagem na assistência ao paciente oncológico, facilitando a identificação, prevenção e coordenação dos cuidados, possibilitando um atendimento mais seguro e de qualidade.

**Palavras-chave:** Enfermagem Oncológica. Cuidados de Enfermagem. Tecnologia Biomédica. Acolhimento. Serviço Hospitalar de Emergência.

*MAÇANEIRO, Amarildo. Digital evaluator for user embracement and risk classification in an emergency oncology service. 2017, 126fl. Dissertation (Professional Master's Degree) - Postgraduate Program - Nursing Care Management, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Advisor: Profa. Dr. Alacoque Lorenzini Erdmann. Co-Advisor: Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos. Research Line: Management and Management in Health and Nursing.*

### **ABSTRACT**

*The user embracement with risk classification aims at the evaluation of the patient logo at the entrance to the emergency service, enabling the humanization and agility in the care. Despite the advances in the systems of risk classification in situations, there are still scarce host instruments focused specifically on the evaluation of cancer patients. Thus, this study had as a research question: how to develop a digital evaluator for use by nurses in the host with risk classification in the Ambulatory of Intercurricular Oncology – AIO. The objective of the study was to develop a digital evaluator for the reception and classification of risk in the Ambulatory of Intercurricular Oncology - AIO and to know the opinion of the nurses about the applicability of the same. The study adopted as a methodology the Product Development Process, through the macrophase of planning and development, covering the period from April 2016 to November 2017. The setting of the study was the Ambulatory of Oncological Intercurrences (AIO) of the Oncology Research Center (CEPON), an Emergency Unit, in Florianópolis, SC. The data were collected through discussion groups and interviews with six nurses who worked in this service. The data analysis was developed according to the thematic analysis proposed by Bardin. It should be noted that the project was approved by the Ethics and Research Committee of CEPON, under opinion 2,098,745. The digital evaluator was developed within the Tasy health system, with the following evaluation items: medical diagnosis, main complaint with application of visual analog pain scale, history of allergy / adverse reaction / intolerance, previous and current diseases, current treatments, food / nutrition, water intake, level of consciousness through the Glasgow coma scale, head and neck, skin and mucosa, mobility, eliminations and surveillance for multiresistant bacteria. At the end of the evaluation, the nurse assigned the risk classification by means of a priority color system: emergency (red) urgency (yellow) and not very*

*urgent (green).Nurses' opinion about the applicability of the digital evaluator was obtained through three categories: Language and structure evaluation, Benefits of the digital evaluator and Satisfaction with the final result. Overall, nurses were satisfied with both the language and the structure of the application, highlighting as main benefits: holistic approach of the patient, agility in patient assessment, improvement of nursing staff communication and uniformity in the evaluation of patients. Thus, the digital evaluator will assist the nurses and the nursing team in the oncological patient care, facilitating the identification, prevention and coordination of the care, enabling a safer and better quality care.*

**Keywords:** *Oncology Nursing. Nursing Care. Biomedical Technology. User Embracement. Emergency Service, Hospital.*



**MAÇANEIRO, Amarildo. *Evaluador digital para acogida y clasificación de riesgo en un servicio de emergencia oncológica.* 2017, 126fl. Disertación (Maestría Profesional) - Programa de Postgrado - Gestión del Cuidado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann. Co-Orientador: Prof. Dr. José Luis Guedes dos Santos. Línea de investigación: Gestión y Gerencia en Salud y Enfermería.**

## **RESUMEN**

*La acogida con clasificación de riesgo busca la evaluación del paciente luego a su llegada al servicio de emergencia, posibilitando humanización y agilidad en la atención. A pesar de los avances en los sistemas de clasificación de riesgo en emergencia, todavía son escasos los instrumentos de acogida dirigidos específicamente a la evaluación del paciente oncológico. De esta forma, este estudio tuvo como cuestión de investigación: cómo desarrollar un evaluador digital para uso por los enfermeros en la acogida con clasificación de riesgo en el Ambulatorio de Intercurrencias Oncológicas - AIO. El objetivo del estudio fue desarrollar un evaluador digital para acogida y clasificación de riesgo en el Ambulatorio de Intercurrencias Oncológicas - AIO y conocer la opinión de los enfermeros acerca de la aplicabilidad del mismo. El estudio adoptó como metodología el Proceso de Desarrollo de Producto, a través de las macrofase de planificación y desarrollo, englobando el período de abril de 2016 a noviembre de 2017. El escenario del estudio fue el Ambulatorio de Intercurrencias Oncológicas (AIO) del Centro de Investigaciones Oncológicas (CEPON), una Unidad de Emergencia, en Florianópolis, SC. Los datos fueron recolectados por medio de grupos de discusión y entrevistas con seis enfermeros que actuaban en ese servicio. El análisis de datos fue desarrollado de acuerdo con el análisis temático propuesto por Bardin. Se resalta que el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del CEPON, bajo el parecer 2.098.745. El evaluador digital fue desarrollado dentro del sistema de salud Tasy, con los siguientes ítems de evaluación: diagnóstico médico, queja principal con aplicación de la escala visual analógica del dolor, historia de alergia / reacción adversa / intolerancia, enfermedades previas y actuales, tratamientos actuales, alimentación y nutrición, ingesta hídrica, nivel de conciencia a través de la escala de coma de Glasgow, cabeza y cuello,*

*piel y mucosa, movilidad, eliminaciones y vigilancia para bacterias multirresistente. Al final de la evaluación, el enfermero atribuía la clasificación de riesgo por medio de un sistema de colores conforme a la prioridad: emergencia (roja) urgencia (amarilla) y poco urgente (verde). La opinión de los enfermeros acerca de la aplicabilidad del evaluador digital fue obtenida por medio de tres categorías: Evaluación del lenguaje y estructura, Beneficios del evaluador digital y Satisfacción con el resultado final. En general, los enfermeros se mostraron satisfechos tanto con el lenguaje como con la estructura de la aplicación, destacando como principales beneficios: abordaje holístico del paciente, agilidad en la evaluación del paciente, mejora de la comunicación del equipo de enfermería y uniformidad en la evaluación de los pacientes. De esta forma, el evaluador digital ayudará a los enfermeros y al equipo de enfermería en la asistencia al paciente oncológico, facilitando la identificación, prevención y coordinación de los cuidados, posibilitando una atención más segura y de calidad.*

**Palabras clave:** *Enfermería Oncológica. Atención de Enfermería. Tecnología Biomédica. Acogimiento. Servicio de Urgencia en Hospital.*

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAOP	<i>American Academy of Orofacial Pain</i>
ABFCOC Cervical	Academia Brasileira de Fisiopatologia Crânio-Oro-
ACR	Acolhimento com Classificação de Risco
AIO	Ambulatório de Intercorrências Oncológicas.
ANA	Associação Americana de Enfermagem
APCD	Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas
Art.	Artigo
CACON Oncológica	Centro de Referência em Alta Complexidade
CEPE	Comitê de Ética e Pesquisa
CEPON	Centro de Pesquisas Oncológicas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EVA	Escala Visual Analógica
GCS	<i>Glasgow Coma Scale</i>
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
p.	Página
PDP	Processo de Desenvolvimento de Produto
PNH	Política Nacional de Humanização
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SOBRAD	Sociedade Brasileira de Dor Orofacial
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	Tecnologia da Informação



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	23
1. OBJETIVOS.....	31
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	33
3. PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM .....	35
<b>3.1. Tecnologia em Saúde e Enfermagem.....</b>	<b>38</b>
<b>3.2. Acolhimento com Classificação de Risco.....</b>	<b>42</b>
3.3. Trabalho do Enfermeiro em Urgência/ Emergência.....	45
4. DESENHO METODOLÓGICO .....	51
<b>4.1. Tipo De Estudo .....</b>	<b>51</b>
<b>4.2. Local do Estudo .....</b>	<b>51</b>
<b>4.3 Participantes do Estudo .....</b>	<b>52</b>
<b>4.4. Desenvolvimento do Avaliador Digital .....</b>	<b>53</b>
<b>4.4.1 Macrofase de planejamento.....</b>	<b>53</b>
<b>4.4.2 Macrofase de desenvolvimento.....</b>	<b>54</b>
<b>4.5 Aspectos Éticos .....</b>	<b>57</b>
5. RESULTADOS .....	59
<b>5.1 O Avaliador Digital: Produto de Enfermagem.....</b>	<b>59</b>
6. AVALIADOR DIGITAL COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO .....	63
6.1 MANUSCRITO: AVALIADOR DIGITAL NO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS INTERCORRÊNCIAS ONCOLÓGICAS .....	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	105
APENDICE B: TELAS DEMONSTRATIVAS DO AVALIADOR DIGITAL: LEITOS .....	109
APÊNDICE C: INSTRUMENTO AVALIAÇÃO DO PROTÓTIPO.....	111
ANEXO A: INSTRUMENTO ANTERIOR AO AVALIADOR.....	113
ANEXO B: AVALIADOR DIGITAL COM CLASIFICAÇÃO DE RISCO .....	114
ANEXO C: PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA .....	121



## INTRODUÇÃO

A incidência e prevalência do câncer vêm aumentando em quase todo o mundo nas últimas décadas, sendo responsável por mais de sete milhões de óbitos a cada ano e por cerca de 13% de todas as causas de morte no mundo (INCA, 2015). Com base no documento *World Cancer Report 2014* da *International Agency for Research on Cancer* (IARC), da Organização Mundial da Saúde (OMS), é inquestionável que o câncer é um problema de saúde pública, especialmente entre os países em desenvolvimento, onde é esperado que, nas próximas décadas, o impacto do câncer na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025 (THEOBALD; *et al*, 2016, p. 1250).

A elevada incidência do câncer é resultante das grandes transformações globais que modificaram o estilo de vida e a situação de saúde dos povos, pela crescente urbanização e adoção de novas formas de produção de bens e serviços e novos padrões de consumo. Esses fatores contribuem, de forma significativa, no impacto do câncer na expectativa e na qualidade de vida da população, nos serviços de saúde e nos altos investimentos na busca de sua prevenção e cura. Assim, relacionado ao paciente com câncer, um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, é requerido entre os profissionais da assistência oncológica, o enfermeiro como elemento fundamental no tratamento, que contemple aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais, com metas claras e direcionadas ao paciente, à sua família e as demais pessoas relacionadas, em um processo interativo (INCA, 2015).

Segundo Lewis (2009), alcançar os cuidados centrados no paciente requer um ajustamento cultural e exige algumas atitudes e comportamentos por parte dos profissionais e instituições de saúde que podem acelerar a eficácia dos cuidados centrados no doente, entre os quais se destacam: vontade de participar em equipes não hierárquicas de modo a garantir que os pacientes usufruam de cuidados bem integrados e adequados; vontade de adotar uma estrutura de incentivos que motive a disponibilizar o tempo adequado aos doentes com necessidades complexas; confiança e encorajamento aos doentes que desejam ser ativamente envolvidos na gestão da sua própria saúde; compromisso com a organização do sistema de prestação de cuidados em tempo útil e adoção de ferramentas e técnicas que deem prioridade no acesso do paciente em vez da conveniência do prestador de cuidados fornecedor; vontade de corrigir as falhas em qualquer um dos principais indicadores

dos cuidados centrados no paciente e suas dimensões e aplicar de imediato soluções e, acolher as tecnologias de informação em saúde e outras tecnologias que acelerem a comunicação, fluxo e eficiência.

Desse modo, a assistência ao paciente oncológico deve abranger ações que ofereçam conforto, esperança, escuta efetiva, atenção aos problemas emocionais e sociais, com a certeza de que o ser humano é um ser único e especial com necessidades, desejos, possibilidades e limites. Igualmente, o enfermeiro tem um papel fundamental em prestar assistência ao paciente oncológico, traçando metas que assegurem uma assistência de qualidade atuando na prevenção, tratamento, orientação e reabilitação.

No entanto, a rotina diária e complexa que envolve os mais variados ambientes em que a enfermagem atua faz com que os membros da sua equipe, na maioria das vezes, esqueçam-se de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente (SILVA; CRUZ, 2011). Nesse sentido, devido à necessidade de modificação no modo como o cuidado em saúde é ofertado aos usuários dos serviços de saúde, o Ministério da Saúde, no ano 2000, implantou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e, posteriormente, a Política Nacional de Humanização, visando atender às demandas subjetivas manifestadas pelos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde. O programa teve por objetivo implementar a cultura da humanização na área hospitalar, com ações que visem qualificar o contato humano entre profissionais da saúde e usuários, entre os trabalhadores de saúde e a organização de saúde, assim como entre os trabalhadores e comunidade como um todo. Assim, dentre os cuidados humanizados em saúde prestados ao paciente oncológico, em virtude do quadro de câncer e a sua família, “o uso das tecnologias relacionais é imprescindível, pois proporcionará acolhimento ao paciente e a sua família” (SCHNEIDER, 2008, p. 73).

No que concerne às tecnologias em saúde, existem três classificações: leves (acolhimento, comunicação); leveduras (saberes estruturados como a parte clínica e epidemiológica); e as duras (monitores, CPAP, oxímetros, enfim todos os recursos materiais utilizados). Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo, até o produto final. De forma tradicional a tecnologia se manifesta como objetos e recursos antigos e atuais que têm a finalidade de aumentar e melhorar o tratamento e o cuidado por meio da prática em saúde. Também se manifesta na forma de conhecimentos e habilidades em saúde associadas com o uso e a aplicação dos recursos e objetos que os profissionais mantêm e acessam sob uma base diária e progressiva (MARTINS E DAL SASSO, 2008;



MERHY, 2014).

Como tecnologia, primando pela melhoria dos serviços de saúde, destaca-se neste estudo o acolhimento, o qual, segundo Santos (2006, p. 58), “não se limita ao ato de receber, mas se constitui em uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde”. Complementando, Beck e Minuzi (2008) consideram um arranjo tecnológico propondo reorganizar o serviço, garantir acesso aos usuários, com o objetivo de escutá-los, sanar seus problemas simples e/ou referenciá-los, se necessário, além de favorecer a um atendimento humanizado.

O acolhimento em saúde, como compreendido por Merhy (2014), é uma tecnologia leve, destinado às relações humanas entre o cuidado e o cuidador, o qual se materializa quando o acolhedor considera o estado emocional do paciente/família, tem a habilidade e sensibilidade para enxergar as necessidades dos clientes e se responsabiliza com sua resolutividade. O acolhimento não se restringe à entrada do cliente no serviço, mas a toda a continuidade de cuidados durante o acompanhamento, garantindo a segurança do cliente e respeitando sua individualidade (TOMBERG; *et al*, 2013).

No Brasil, é assumido o termo avaliação e classificação de risco aliada ao acolhimento, sendo definido como primeiro processo de avaliação, utilizado para dar prioridade aos pacientes que chegam ao serviço de urgência e emergência. A necessidade de oferecer prioridade a estes pacientes é ressaltada pela demanda considerável para o atendimento de emergência, superlotação e pelos recursos limitados (PARENTI, *et al.*, 2014).

Para Souza; Araújo e Chianca (2015), o objetivo da Avaliação e Classificação de Risco não é realizar diagnóstico médico, mas avaliar a gravidade do paciente por meio dos sinais e sintomas apresentados. Segundo Mendes (2017, p. 57) essa estratégia tem se mostrado uma ferramenta efetiva para o atendimento nos serviços de urgência e emergência, sendo um reorganizador da porta de entrada e fundamental instrumento para priorização de pacientes com demandas prioritárias para o atendimento, diminuindo o risco para aqueles que aguardam atendimento médico e realizando acolhimento e escuta qualificada do usuário. Conforme Souza; *et al* (2011), implica a agilidade do atendimento mediante a aplicação de um protocolo que determina o grau da necessidade do cliente, conforme a complexidade e não a ordem de chegada. Diferentes enfermeiros obtêm os mesmos resultados na análise do paciente, aumentando a agilidade e a segurança nos serviços de urgência.

Em 2013, o Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Atenção Hospitalar vem reforçar que as portas hospitalares de urgência e emergência deverão implementar o acolhimento e protocolo de classificação de risco em suas unidades (BRASIL, MS, 2013).

Segundo Souza; Araújo e Chianca (2015), a existência de protocolos para a classificação de risco dos pacientes, possibilita que diferentes avaliadores façam uma investigação clínica seguindo os mesmos parâmetros para estabelecer a gravidade dos pacientes, o que diminui o viés de subjetividade do olhar de cada avaliador. Atualmente, os protocolos mais utilizados para a realização da classificação de risco, nos serviços de urgência/emergência, em nível mundial, são: *Manchester Triage System* (MTS<sup>©</sup>), *Australian Triage Scale* (ATS<sup>©</sup>), *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS<sup>©</sup>), e *Emergency Severity Index* (ESI<sup>©</sup>). Todas essas escalas organizam o atendimento em cinco níveis de prioridade (PINTO JÚNIOR; *et al*, 2012).

O *Manchester Triage Scale* ou Sistema de Triagem de Manchester é o mais utilizado no Brasil e apresenta-se como um instrumento de apoio que visa à identificação rápida e científica do doente de acordo com critérios clínicos para determinar em que ordem o paciente será atendido, conforme a gravidade do caso. Estudos internacionais e nacionais demonstraram que o protocolo Manchester é capaz de prever a admissão hospitalar e a mortalidade do paciente de acordo com a classificação recebida (WULP, 2011; SOUZA; *et al.*, 2011; SOUZA; ARAÚJO e CHIANCA, 2015).

Este sistema foi criado em 1994, como resultado de trabalho colaborativo entre médicos e enfermeiros nos serviços de emergência de vários hospitais de Manchester (GRAFF; *et al.*, 2014). A partir da história clínica e dos sinais e sintomas apresentados, um discriminador é encontrado e o paciente é classificado em uma das cinco categorias e respectivas cores: emergente (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul). Para cada categoria existe um tempo de atendimento, sendo respectivamente, 0, 10, 60, 120 e 240 minutos. Assim, o atendimento é organizado de forma que pacientes que apresentem sinais de gravidade tenham prioridade no atendimento.

No entanto, a utilização de protocolos clínicos norteados por um sistema de referência e contra referência, respeitando as diferenças e necessidades ao acolher os clientes nos serviços de urgência e emergência, deve ser otimizada pela sua adaptação às características de acordo com suas peculiaridades locais e regionais (TOMBERG; *et al*, 2013). Segundo Mendes (2017, p. 54):

obter um instrumento que se demonstra efetivo na classificação de pacientes nos serviço de urgência, traz um ganho na qualidade dos serviços prestados, visto que a priorização dos pacientes que necessitam de atendimento mais ágil possibilita uma maior segurança no atendimento prestado.

Inserido nesse contexto, há aproximadamente cinco anos, trabalho como enfermeiro e supervisor geral noturno no Ambulatório de Intercorrências Oncológicas – AIO, um serviço de emergência oncológica, cuja demanda de atendimento exige a multiplicidade de conhecimento e versatilidade na atuação profissional do enfermeiro.

No Ambulatório de Intercorrências Oncológicas – AIO, o processo de acolhimento com classificação de risco inicia quando o enfermeiro recebe o paciente após ter dado entrada no serviço da recepção, quando ele se apresenta como profissional, abrindo atendimento para acolhimento com classificação de risco, cujos registros são realizados no Sistema de Gestão informatizado *Tasy*. Imediatamente coloca pulseira de identificação, cujo fecho desta possui cores identificatórias, sendo a cor azul de precaução de contato, amarelo tratamento de quimioterapia e, vermelho alérgico. Após, verifica-se os sinais vitais, investiga-se e registra-se o motivo do paciente em procurar a Emergência. Na sequência, aplica classificação de Urgência, Pouca Urgência e/ou Emergência, direcionando o paciente para a consulta médica. Dependendo do grau de comprometimento e prioridade, coloca-o no leito.

Considera-se fundamental o papel do enfermeiro no processo desse serviço, ainda pioneiro com muitas complexidades para um atendimento seguro aos pacientes que tem especificidade única no serviço de oncologia. É importante ressaltar que para os profissionais da saúde que exercem suas atividades no AIO é de suma importância o controle e avaliação da dor, pois além de tratar-se da qualidade de atendimento humanizado é a prioridade para o atendimento, visto que, não são atendidos por ordem de chegada e sim pela intensidade da dor, identificada por meio do uso da Escala Visual Analógica (EVA), um dos primeiros instrumentos a ser utilizado na avaliação da dor.

Como experiência vivenciada, ressalta-se que o acolhimento com classificação de risco no AIO, durante o período de junho de 2012 a dezembro de 2015, foram realizados em média 550 atendimentos ao

mês, constatando-se uma ocorrência superior a 17 mil atendimentos, no período. Entre os principais motivos da procura, teve-se a Astenia (234 casos no total), o Emesse (com 219), Dispneia (com 194) e Dor com 12 mil casos de pacientes que procuraram o atendimento na Emergência. A prioridade de atendimento voltou-se ao controle da dor oncológica, conforme se pode constatar no Sistema Tasy, o software que registra os procedimentos de Enfermagem, funcionando como um banco de dados rápido, seguro e de fácil acesso para, a partir da busca dos registros, permitir o planejamento das ações assistenciais e/ou administrativas.

Porém, no desenvolvimento das atividades assistenciais diárias no AIO identifica-se a necessidade de implementação de ações com o objetivo de melhorar a qualidade e humanização do atendimento aos pacientes oncológicos na Instituição, de forma qualificada e humanizada. Entre as estratégias para aprimorar a qualidade do atendimento, destaca-se a utilização de recursos tecnológicos para avaliação de pacientes (GERBER et al., 2017).

Santos; Losekann; Ellwanger (2014) afirmam que a produção e acessibilidade a materiais digitais que possam ser utilizados, na maior extensão possível, por todos os interessados/profissionais independentes do seu perfil, permite uma harmonia bem sucedida entre informação e comunicação com relação às necessidades e preferências individuais do usuário permitindo que o mesmo interaja e perceba o conteúdo intelectual da informação ou comunicação.

O avanço da tecnologia nas últimas décadas trouxe a possibilidade de acesso remoto a bases de dados e acervos, cuja conexão favoreceu muitos profissionais da educação, do direito, para profissionais da saúde, entre outros. Como, por exemplo, promover saúde, destaque que Abreu; Eisenstein; Estefenon (2013) propiciam, mostrando a importância de a abordagem em saúde usufruir dos aspectos de desenvolvimento tecnológico para avaliar crescimento e desenvolvimento, apresentando inclusive comparativos da influência das tecnologias nos comportamentos sociais.

O alargamento na utilização de ferramentas eletrônicas na avaliação torna ainda mais premente a necessidade de clarificar o entendimento de avaliação eletrônica. Em “*Effective assessment in a digital age report*” (JOINT, 2010, p. 56), o *Joint Information Systems Committee* considera que a “avaliação eletrônica é, por vezes, entendida somente como avaliação vista no ecrã, mas, em sentido lato, pode ser usada para todas as atividades de avaliação tornadas possíveis por meio das tecnologias”.

Abreu; Eisenstein; Estefenon (2013) discutem e incentivam o

uso da estratégia da OMS, do *eHEALTH*, com prontuários, cartões de saúde digitais, avaliador digital, objeto deste estudo, telemedicina, telefones inteligentes ou *tablets*, que poderiam ser melhor aproveitados e contribuiriam para o fortalecimento dos sistemas de saúde.

Assim, as novas tecnologias são uma ferramenta real de grande importância na investigação e qualificação dos resultados. Além dessa aplicação, os novos instrumentos colaboram na formulação dos novos conceitos em saúde, uma vez que são potenciais indicadores de prognósticos. A estruturação de novas biotecnologias aplicadas aos diagnósticos transcende o desejo dos pesquisadores e profissionais da saúde, pois essa via contribui, de maneira efetiva, com a construção da saúde (STEMPSEY 2006; MENDONZA, 2007).

Além da percepção da necessidade de melhorias no atendimento dos pacientes oncológicos no Ambulatório de Intercorrências Oncológicas – AIO, a ausência de outros parâmetros para uma triagem mais precisa, tem se apresentado como um desafio e despertado o desejo de conhecer sistemas/instrumentos/avaliadores possíveis para o atendimento dessa população com sua especificidade e, a partir desse reconhecimento desenvolver no Serviço de atuação a elaboração de um avaliador digital para atendimento. Dessa forma, qualificando a assistência de enfermagem e corroborando com a Filosofia de Assistência, focada no cuidado humanizado e de qualidade, justifica-se o presente estudo.

Assim, considera-se este estudo relevante por acrescentar à assistência de enfermagem uma abordagem com embasamento científico aos profissionais atuantes em unidades que prestam atendimento de emergência a pacientes oncológicos, na medida em que prestam cuidados a esta clientela específica, coordenando, orientando ou realizando atividades que devem ser desenvolvidas com competências científicas e de humanização. Diante do exposto, delineou-se como questão de pesquisa: Como desenvolver um avaliador digital para utilização pelos enfermeiros no acolhimento com classificação de risco no Ambulatório de Intercorrências Oncológicas – AIO



## **1. OBJETIVOS**

Conforme a questão norteadora do estudo, foram definidos os seguintes objetivos:

- Desenvolver e implementar um avaliador digital para acolhimento e classificação de risco no Ambulatório de Intercorrências Oncológicas – AIO.
- Conhecer a opinião dos enfermeiros do AIO acerca da aplicabilidade do avaliador digital.





## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A fundamentação teórica possui um aspecto sumarizador, pois reúne e discute informações produzidas na área de estudo, caracterizando-se por suprimir dúvidas a partir de pesquisas em documentos. Isso implica no esclarecimento das pressuposições teóricas que fundamentam a pesquisa e das contribuições proporcionadas por estudos já realizados com uma discussão crítica. A fundamentação teórica é uma parte básica e essencial pela qual o pesquisador deve começar seu trabalho (GIL, 2010).

Logo, aborda-se o processo de trabalho de enfermagem, seguido pelo item referente à tecnologia em saúde e enfermagem; acolhimento com classificação de risco e a criação do avaliador digital; o trabalho do enfermeiro em urgência/emergência e, ainda a avaliação e classificação de risco.



### 3. PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM

As recentes transformações na sociedade contemporânea implicam em mudanças não só na esfera econômica, mas também nos formatos organizacionais, nas gestões empresariais e no mundo do trabalho. As inovações tecnológicas são apontadas como percussoras de tais alterações (NORONHA; BARBOSA; CASTRO, 2012).

As mudanças dos processos produtivos na saúde podem ser verificadas na incorporação de novas tecnologias de cuidar, nos processos produtivos, nas outras maneiras de organizar o processo de trabalho e, até mesmo, nas mudanças das atitudes dos profissionais no modo de cuidar do outro. Isto é, processos de subjetivação dos profissionais, que mexam nos seus modos de enxergar e de valorizar a vida do outro, também podem determinar uma certa 'reestruturação produtiva', desde que impactem o modo de produzir o cuidado (MERHY; FRANCO, 2009).

O gerenciamento de enfermagem é uma das mais significativas áreas de abrangência da enfermagem. Neste estudo, utiliza-se o referencial teórico dos estudos do trabalho, em saúde e enfermagem, adotando-se a categoria de análise do trabalho na perspectiva histórico social, abordando, em especial, as concepções de processo de trabalho do enfermeiro, gerência em enfermagem e gerenciamento do cuidado.

Os variados processos de trabalho tais como os trabalhos específicos de cada área profissional da saúde, odontologia, fisioterapia e outros do campo da saúde e, as dimensões cuidar e gerenciar que compõem o processo de trabalho na área de enfermagem configura uma rede, na qual é possível reconhecer a especificidade de cada um dos trabalhos especializados a partir da identificação e compreensão dos respectivos elementos constituintes: objeto de intervenção, instrumentos, finalidade e agentes. Os processos de trabalho correspondem às necessidades de saúde e, portanto, há entre estes uma relação de reciprocidade, de dupla mão, que leva a mera reprodução das necessidades e do modo como os serviços se organizam para atendê-las ou a configuração e o reconhecimento de novas necessidades, seus respectivos processos de trabalho e modelos de organização de serviços (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Considerando que o cuidado caracteriza o núcleo do trabalho de enfermagem e também as concepções de cuidado integral e cuidado ampliado, entende-se que o cuidado de enfermagem é abordado e executado de duas formas distintas. Por um lado, o cuidado com foco nos procedimentos e no raciocínio clínico, que é predominante nas

práticas de enfermagem e, por outro, o que se denomina cuidado ampliado, o qual agrega os procedimentos e a clínica à comunicação e interação com os clientes, de forma contextualizada a cada momento e situação de cuidado (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Entretanto, quando o enfermeiro se encontra em exercício da dimensão gerencial, muitas vezes, “é permeado por dilemas, dúvidas, conflitos, incompreensões e contradições, devido ao fato, dele ainda desenvolver atividades administrativas pouco articuladas com as ações assistenciais” (MORORÓ *et al*, 2017, p. 324).

O gerenciamento em enfermagem, especialmente no ambiente hospitalar, sofre forte influência da administração clássica, em particular do modelo taylorista/fordista e burocrático, caracterizado por divisão do trabalho, hierarquia, autoridade legal, sistema de procedimentos e rotinas, impessoalidade nas relações interpessoais e outros (PIRES; MATOS, 2006).

O gerenciamento do cuidado a que se referem os autores acima se trata da expressão mais clara da boa prática de enfermagem, momento no qual há articulação entre as dimensões gerencial e assistencial para atender às necessidades de cuidado dos pacientes e ao mesmo tempo da equipe de enfermagem e da instituição. Cabe ressaltar que, de acordo com diversos autores, o maior risco para o paciente internado é o cuidado fragmentado e o agir alienado dos profissionais, ao considerar que alienação é o estranhamento do profissional em relação ao produto ou resultado do seu próprio trabalho, no qual ele não reconhece a sua contribuição (PIRES e MATOS, 2006; HAUSMANN e PEDUZZI, 2009; SILVA; *et al*, 2016).

Ressalta-se também a menção de Hausmann e Peduzzi (2009, p. 263) de que o planejamento da assistência de enfermagem acompanhado da interação e do vínculo com o paciente é uma forma de qualificar o cuidado, ou seja, é a articulação ou conexão estreita entre a ação gerencial de planejamento e a ação de cuidado direto no trabalho do enfermeiro, bem como de todos os trabalhadores de enfermagem.

O câncer é responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, representando cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo. Embora as maiores taxas de incidência de câncer sejam encontradas em países desenvolvidos, dos dez milhões de casos novos anuais de câncer, cinco milhões e meio são diagnosticados nos países em desenvolvimento (INCA, 2015).

Entendido pelas pessoas, em geral, por sinônimo de dor, morte e sofrimento, o câncer, requer estratégias de enfrentamento, visando uma assistência multidisciplinar adequada e eficaz que possibilite

minimizar o sofrimento de todos os envolvidos no processo de cuidar (STUMM; LEITE e MASCHIO, 2008).

O cliente com câncer deve contar com uma ampla estrutura de apoio para enfrentar as diferentes etapas do processo, pois requerem intensos cuidados, exigindo da equipe de enfermagem conhecimento científicos e habilidades no tocante ao reconhecimento de sinais e/ou sintomas subjetivos próprios destes clientes (SOUZA; VALADARES, 2011).

Diante do câncer, o paciente oncológico passa por completa mudança em suas relações sociais, familiares e consigo mesmo, portanto, é necessário que haja assistência humanizada capaz de vê-la como pessoa que sofre, mas que não perdeu sua essência. A assistência de enfermagem para pacientes com câncer deve ser vista como cuidado pleno, encorajador, afetuoso e comprometido em auxiliar na adaptação às novas condições de vida (ARAÚJO; *et al.*, 2010).

Conforme Fontes e Alvim (2008), cada pessoa têm características únicas para enfrentar o câncer, devido às suas crenças, valores e forma de ver o mundo, embora existam aspectos semelhantes no viver com câncer. Torna-se necessário estabelecer uma relação com o paciente que lhe possibilite expressar-se, o que é possível através da prática dialógica. Precisa-se olhar não apenas o corpo, mas nos olhos do paciente, escutá-lo, perceber o que ele sente, dialogar e tocá-lo. Assim, uma singela atitude do cuidador representa, para o ser que sofre algo de inestimável valor: a empatia.

O bom relacionamento entre profissionais da saúde evita e minimiza as sequelas decorrentes da doença oncológica, porém é fundamental que o profissional identifique suas próprias dificuldades e supere-as, entrelaçando os diversos saberes focados na atenção e cuidados não apenas no paciente, mas também à família que dele cuida e à equipe que dele trata.

Portanto, em um mundo onde o setor de serviços se torna dominante, a noção de competência reporta-se à capacidade de o sujeito lidar com cada situação ou evento, mobilizando recursos adequados para oferecer respostas à situação. Assim, “mais do que um repertório de conhecimentos e habilidades, como presente na definição clássica de qualificação, a competência seria definida pela capacidade de mobilização de recursos pessoais” (BASTOS, 2006, p. 34).

Por outro lado, de acordo com Hausmann; Peduzzi (2009) o distanciamento entre o administrar e o cuidar vivenciado no cotidiano de trabalho, vem gerando inquietações pessoais e profissionais, e impondo um repensar da prática administrativa voltada à assistência, procurando

resgatar o papel do enfermeiro como gerente do cuidado.

O paciente com câncer precisa de ajuda profissional e o enfermeiro como facilitador do processo educativo e terapêutico pode auxiliá-lo nesse sentido. No entanto, a experiência de cuidar do paciente mostra que é imprescindível a atuação conjunta da equipe de saúde de modo a desenvolver uma prática coerente, de boa qualidade, permitindo a identificação das necessidades dos pacientes por meio da criação e incorporação de protocolos que promovam uma melhor interação do trabalho médico e de enfermagem.

Deste modo, acredita-se viável a presente proposta, visto que:

[...] procedimento técnico atrelado ao planejamento de ações, garante ao paciente o cuidado de que ele necessita, pois, ao planejar, o enfermeiro determina os objetivos a serem alcançados para promover assistência de enfermagem de forma a adequar-se às necessidades dos pacientes (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009, p. 263).

Embora incipiente, o presente estudo compõe um projeto de trabalho da enfermagem, à medida que permite articular as dimensões gerencial e assistencial de trabalho com foco nas necessidades de saúde do paciente e de integração do serviço, o que pode, por sua vez, promover o cuidado integral de enfermagem e a integralidade da saúde.

Cabível ainda ressaltar-se a colocação de Lopes (2011) de que o enfermeiro utiliza os recursos de articulação e de mediação de modo a preservar a relação institucional personalizada na relação médico-paciente, e simultaneamente presta cuidados ao paciente no sentido de tranquilizá-lo. Sendo assim, o enfermeiro trabalha em duplo movimento, por um lado o trabalho voltado para a instituição, preservando a relação cliente-serviço e, de outro, voltado para o cuidado com o paciente, gerenciando estes dois movimentos na perspectiva do cuidado integral e integralidade e da qualidade da assistência de enfermagem.

### **3.1. Tecnologia em Saúde e Enfermagem**

Diante da Revolução Industrial, no início do século XVIII, ocorreram grandes inovações tecnológicas que mudaram significativamente a humanidade.

No contexto contemporâneo, as Tecnologias da Informação (TIs) são constantes na vida das pessoas em todo o mundo. A aplicação e o uso de produtos tecnológicos, como os sistemas de informação para

o cuidado em saúde, por exemplo, “têm se tornado um processo em permanente evolução”. Nesse sentido dos avanços na informação, nas telecomunicações e na rede de tecnologias “têm levado à emergência de um novo e revolucionário paradigma para o cuidado em saúde”. Consequentemente, “têm gerado novos e complexos desafios, [...], uma vez que novas habilidades precisarão ser aprendidas com a utilização destas tecnologias” (BAGGIO; ERDMANN e DAL SASSO, 2010, p. 379).

Segundo Silva e Ferreira (2014), o avanço tecnológico na área da saúde levou a equipe de enfermagem a refletir sobre as influências da tecnologia no cuidado aos pacientes e a importância de aprender a trabalhar com vários aparelhos, com o propósito final de manter a vida dos clientes.

Viável se ressaltar aqui a menção de Martins e Dal Sasso (2008) ao afirmarem que as tecnologias correspondem a uma ferramenta que auxilia e facilita a relação entre os seres humanos, porém esta não substitui a relação pessoa-pessoa. Portanto, o cuidado em enfermagem e saúde ou seus processos gerenciais e ações práticas podem ser facilitados pelas tecnologias, todavia nenhuma tecnologia poderá substituir a relação e a compreensão intersubjetiva entre os seres humanos. Conforme ressalta Morin (2006), a capacidade de empatia, de identificação, de abertura, de projeção, de generosidade e de solidariedade é expressa na relação de comunhão, de troca e de interação entre os seres.

Desse modo, percebe-se que a tecnologia poderá ser uma aliada para humanizar o trabalhador da saúde, tendo-se em vista sua abrangência, amplitude e possibilidades de inovações. No entanto, conforme relata Merhy (2014), elas não se referem exclusivamente a equipamentos, máquinas e instrumentos, mas também a certos saberes constituídos para a geração de produtos e, inclusive, para organizar as ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana.

Para a concretização dos processos de trabalho em saúde são utilizadas diferentes tecnologias que podem ser classificadas em tecnologias leves/relacionais (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho) (MERHY, 2014).

De acordo ainda com o autor supracitado, as tecnologias leves são as relacionadas com o conhecimento da produção das relações entre sujeitos. Estão presentes no espaço relacional trabalhador-usuário e só se materializam em atos. São as tecnologias de acesso, acolhimento,

produção de vínculo, de encontros e subjetividades.

Pode-se dizer então, que as tecnologias relacionais,

são operações sobre os modos de viver, sobre as possibilidades de vida. [...] Dessa forma, ao produzirem sujeitos, as tecnologias são edificações que tomam o corpo e a vida como objeto tecnocientífico, no contemporâneo, no intuito de transpor aquilo que tornou o humano objeto de conhecimento: a finitude. Irrompe, no campo da saúde, por meio de políticas públicas, a necessidade premente de humanização dos sistemas de saúde face aos mecanismos tecnocientífico da saúde” (ALBUQUERQUE; *et al*, 2008, p. 81).

Logo, as tecnologias leve/duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o *taylorismo*, o *fayolismo*), são os saberes estruturados. Como a fisiologia, a anatomia, a psicologia, a clínica médica e cirúrgica e tantos outros saberes que atuam no processo de trabalho (MARTINS; ALBUQUERQUE, 2007). E, as tecnologias duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais). Por tecnologias duras, entendem-se aquelas constituídas por equipamentos dos tipos máquinas, instrumentais, normas, rotinas, estruturas organizacionais. Estão relacionadas ao instrumental geralmente vinculado à mão de obra do profissional, como, por exemplo, o estetoscópio, o oxímetro e outros (MARTINS; ALBUQUERQUE, 2007).

O aporte e a consolidação do uso dessas tecnologias acontece de forma distinta para os enfermeiros, de acordo com as relações que estabelecem com os diferentes sujeitos participantes dos processos de trabalho, ou em diferentes momentos com o envolvimento dos mesmos sujeitos (MERHY, 2014).

Em suma, as tecnologias relacionais (tecnologias leves) precisam ser absorvidas pelos estabelecimentos assistenciais de saúde para que possam contribuir para a mudança do modelo hegemônico médico neoliberal. Este modelo tem fragmentado o objeto de trabalho em saúde e, por conseguinte, fortalecido a divisão de o trabalho parcelar, sem que haja o diálogo entre os diferentes profissionais envolvidos e, em especial, sem que o próprio usuário de saúde seja partícipe deste processo. As tecnologias duras e leveduras fazem parte do cotidiano do



trabalho em saúde; entretanto, elas não podem sobrepor-se às tecnologias leves (relacionais). Assim, percebe-se uma urgência em qualificar profissionais de saúde, na perspectiva de que estes compreendam e utilizem estas tecnologias, para que a humanização da atenção à saúde efetive-se, de fato, em todas as instituições de saúde brasileiras (MARTINS; ALBUQUERQUE, 2007).

Conforme afirmam Baggio; Erdmann e Dal Sasso (2010) são pertinentes à criação e o desenvolvimento, nos ambientes em saúde, de redes que permitam a interação entre pessoas, tecnologias e ambiente na promoção do cuidado do outro; de TIs voltadas para uma nova inter-relação espacial entre os seres de cuidado (que cuidam e são cuidados); e nova forma de organização/implementação do cuidado pelos profissionais.

A tecnologia, a partir do domínio de uma linguagem tecnológica, fornece condições para que os fundamentos do cuidado de enfermagem possam ser efetivamente incorporados à prática do enfermeiro. A ideia de desumanização ligada à tecnologia pode ser explicada pelo modo como o enfermeiro significa as coisas afetadas ao seu cotidiano, o qual orientará sua ação. Conclui-se que as tecnologias ajudam a promover a vida e resgatar o humano (SILVA e FERREIRA, 2014, p. 111).

Portanto, apropriar-se das tecnologias disponíveis e desenvolver outras novas é um dos caminhos na área da enfermagem e saúde para aproveitar as oportunidades que ora se apresentam para interagir, produzir, gerenciar e, fundamentalmente, implementar e aperfeiçoar modalidades de cuidado em sua área profissional (BAGGIO; ERDMANN e DAL SASSO, 2010).

Por último, enriquecendo, servindo de apoio e incentivo o presente estudo, registram-se as considerações das autoras supracitadas de que a enfermagem precisa progredir na área das TIs, visto que não avançou muito nos últimos anos, talvez por receio, insegurança, indecisão, imprecisão dos riscos e/ou benefícios em atrelar as tecnologias à prática do cuidado humano. O profissional de enfermagem precisa ser incitado e instigado a olhar de forma mais ampla, acurada, crítica e reflexiva a realidade que o cerca. A presença das tecnologias no cotidiano da enfermagem não pode ser negada, pois, diante da realidade tecnológica disponível, os profissionais precisam pensar e refletir sobre: Como utilizar, conviver e viver saudavelmente com TIs no cotidiano de

cuidado dos profissionais de enfermagem em ambientes de saúde? De que forma essas tecnologias podem facilitar e promover relações de cuidado entre os profissionais e pacientes no ambiente/cenário da saúde? Como viabilizar relações humanas mais saudáveis com o uso dessas tecnologias? Como as tecnologias podem apoiar ou instrumentalizar a gerência do cuidado de enfermagem?

### **3.2. Acolhimento com Classificação de Risco**

Segundo o Glossário da Política Nacional de Humanização, acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2014).

Segundo Dal Pai (2011), os princípios norteadores do acolhimento são a valorização do sujeito e o fortalecimento da relação usuário/trabalhador/acompanhante por meio da escuta, do diálogo e da responsabilização, para que haja a produção de relações de confiança e de vínculos, e assim, de forma afetiva, atender às necessidades da clientela.

O acolhimento favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. O ato de acolher não deve se restringir a uma atitude voluntária de “bondade” e “favor” por parte de alguns profissionais; não se reduz a uma reorganização espacial com adequação de recepções administrativas e outros ambientes, nem também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento (BRASIL, 2017, p. 13).

A PNH (BRASIL, 2009) propõe o acolhimento como uma prática de humanização na produção e promoção da saúde. Porém é, como toda nova prática, carregada de novas exigências, capazes de sobrecarregar ainda mais os profissionais de saúde, caso eles não estejam instrumentalizados para lidar com o aumento de demanda gerado na ampliação qualitativa da universalidade pela qual devem se responsabilizar (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; FLORES E SILVA, 2009).

Acolhimento significa pensar também na coestão dos processos de trabalho, das equipes, dos serviços e das redes, sempre se remetendo à perspectiva da clínica ampliada. Assim o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser também um dispositivo de acionamento de redes “internas”, “externas”, multiprofissionais, comprometidas com as respostas às necessidades dos usuários e famílias (BRASIL, 2017, p. 13).

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções; quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão. “Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois se constitui numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde” (BRASIL, 2009, p.17).

No Brasil, com o lançamento da Política Nacional de Humanização (PNH), fez-se necessária a reorganização dos serviços de saúde, para que a população obtivesse a garantia de atendimento resolutivo, humanizado e acolhedor (RAMOS COSTA; *et al*, 2015). A superlotação dos serviços de emergência nos hospitais públicos brasileiros exige além do acolhimento a classificação do risco, pois, tem trazido preocupação crescente entre profissionais e gestores da área de saúde. A demanda nesses serviços também ocorre em outros países, contudo, na maioria destes, especialmente no primeiro mundo, inúmeras medidas têm sido adotadas para minimizar os riscos para os pacientes que esperam pelo atendimento médico (SILVA; JORGE; SILVA JÚNIOR, 2015).

Nesse contexto, foi proposta a diretriz Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), que representa um sistema dinâmico de identificação de pacientes e ordenação do atendimento, em consonância ao grau de complexidade e risco potencial de cada caso. É um sistema que transcende a lógica perversa de atendimento por ordem de chegada e se diferencia de outros sistemas de classificação de risco por se fundamentar no fortalecimento de vínculo entre usuário e trabalhadores, por meio da escuta qualificada (BRASIL, 2009).

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), no campo da saúde deve ser entendido, como diretriz ético/estético/política

constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços (BRASIL, 2009).

Assim, “reconhece-se que, a priorização de pacientes graves pode viabilizar o manejo da doença no tempo adequado, com maiores chances de recuperação de casos agudos atendidos em Serviço Hospitalar de Emergência (SHE)” (BUSCHHORN; STROUT; SHOLL; *et al*, 2013, p. 2).

O ACCR, objetiva reorganizar a atenção, mediante acolhimento ao usuário e da priorização do atendimento, de acordo com a gravidade do risco ou quadro apresentado, para então sistematizar o atendimento para que seja mais ágil, seguro e humanizado. Esse sistema apresenta vantagens por controlar a demanda, otimizar o atendimento às urgências e emergências, diminuir a sobrecarga ocupacional da equipe de saúde e fortalecer o vínculo usuário-trabalhador (OLIVEIRA, *et al*, 2017, p. 2).

Diante desse contexto, a classificação de risco baseia-se no desenvolvimento de diversos protocolos, que objetivam, em primeiro lugar, não demorar em prestar atendimento àqueles que necessitam de uma conduta imediata. Por isso, todos eles são baseados na avaliação primária do paciente, já bem desenvolvida para o atendimento às situações de catástrofes e adaptada para os serviços de urgência (BRASIL, 2009).

Para isso, foram desenvolvidos sistemas de classificação de risco em diversos países, dentre os quais se destacam: *National Triage Scale* (NTS) da Austrália; *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale* (CTAS) do Canadá; *Manchester Triage System* (MTS) do Reino Unido; e *Emergency Severity Index* (ESI) dos Estados Unidos da América (SOUZA; *et al* , 2011; DURO e LIMA, 2010).

Segundo Acosta; Duro e Lima (2012), no modelo de Acolhimento com Classificação de Risco, o uso de protocolos contribui para que haja um aumento na resolutividade do enfermeiro frente à assistência, favorecendo o fluxo dos usuários, há uma otimização tanto de tempo quanto de rendimento no trabalho do enfermeiro, que pode avaliar clinicamente utilizando todo seu potencial à assistência. “Apesar de ser necessária a participação ativa de toda a equipe multiprofissional para o sucesso do ACCR, destaca-se que, os profissionais de

enfermagem têm muita importância nesse processo” (RAMOS COSTA; *et al*, 2015, p. 2).

Concordando com a colocação acima, a Resolução 423/2012 do COFEN (2009), 1º parágrafo diz, que no Art. 1º no âmbito da equipe de enfermagem, a classificação de risco e a priorização da assistência em serviços de urgência e emergência é privativa do enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão. No entanto, esta resolução prevê que o profissional enfermeiro deve estar dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam o rigor técnico-científico ao procedimento. Nesse sentido, Bellucci Jr. e Matsuda (2012) informam que, as ações de Acolhimento podem ser realizadas por qualquer profissional treinado, enquanto a Classificação de Risco é de responsabilidade do enfermeiro.

Segundo Acosta; Duro e Lima (2012), o enfermeiro exerce uma autonomia que ele tem de decidir sobre o seu trabalho com exercício pleno do saber-fazer durante a assistência. Para a execução dessa avaliação, o Ministério da Saúde designa o enfermeiro, propondo a utilização de um fluxograma de atendimento para incentivar este profissional a uma reflexão profunda sobre o processo de trabalho em questão. Nesse sentido, o trabalho do enfermeiro na classificação de risco também é influenciado por aspectos sociais e pelo contexto de vida em que o usuário se encontra.

### **3.3. Trabalho do Enfermeiro em Urgência/ Emergência**

As unidades de emergência constituem os meios para o atendimento de pacientes acometidos por agravos de urgência e emergência que ameacem a vida, dispondo de pronta avaliação e mecanismos que propiciam a terapêutica por meio de equipe multiprofissional capacitada. Nesse cenário, podemos definir que emergência é a imediata ação terapêutica visando sanar necessidades humanas básicas que acometem funções vitais da vida, enquanto a urgência se caracteriza por imediata ação terapêutica que visa à recuperação do paciente que com um comprometimento agudo de suas necessidades humanas básicas, mas que não proporcionem risco de morte iminente. Nesse sentido, o objetivo das unidades de emergência é prestar serviços médicos imediatos com qualidade, segurança e de forma contínua, baseados em programas de cooperação, orientação e desenvolvimento de práticas específicas (ADÃO e SANTOS, 2012).

Para Deslandes (2014), os serviços de urgência e emergência hospitalar podem ser considerados como uma das áreas mais críticas, de maior complexidade de assistência e com maior atividade de profissionais e de usuários. Somados a essas características, os serviços de urgências contemporâneos contêm uma especificidade que os distingue de quaisquer outros serviços de saúde: trata-se de uma assistência que deve ser realizada de forma imediata, eficiente e integrada. Exige amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e o emprego de recursos tecnológicos. A finalidade de uma unidade de urgência é receber e atender, de modo adequado, os pacientes que requerem cuidados emergenciais, ou seja, a meta é a avaliação imediata e a pronta admissão dele dentro do hospital.

Viável também se ressaltar o estudo de Santos *et al* (2017, p. 195) sobre a análise das características do ambiente de trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência, cujos resultados revelaram que os enfermeiros participantes do estudo, consideraram ter autonomia, boas relações com os médicos e suporte organizacional. No entanto, o controle sobre o ambiente mostrou-se como característica desfavorável, ou seja, os autores concluíram que, “as características do ambiente da emergência mostraram-se favoráveis ao trabalho do enfermeiro, exceto o controle sobre o ambiente”.

Sendo assim, os profissionais de enfermagem que atendem em emergências necessitam de capacitação específica. Além disso, esse profissional necessita de autocontrole e disposição para atender o usuário nessa unidade. A função do enfermeiro vem se destacando das demais por sua autonomia nas tomadas de decisões, na capacidade de avaliar, ordenar e cuidar, tendo como meta o acolhimento e a satisfação do usuário, garantindo a assistência resolutiva e o comprometimento do bem-estar da equipe e do usuário, conforme mencionam Acosta; Duro e Lima (2012).

Para La Forgia e Couttolenc (2009), quando se fala em qualidade em saúde fala-se em uma assistência de qualidade, com os profissionais constantemente treinados na sua prática, sempre tendo como horizonte a satisfação e o bem estar dos usuários.

Segundo Godoy (2010), a Unidade de Urgência/Emergência possui diferentes necessidades que estimulam a criatividade e a flexibilidade, fazendo com que os enfermeiros busquem soluções para os problemas. Conforme Dejourn (2016), pode-se dizer que eles percebem a satisfação simbólica do trabalho à medida que ele oferece atividades intelectuais que estão em concordância com sua economia individual.

Trabalhar para ver a reabilitação e a recuperação dos pacientes é, com certeza, um dos objetivos primordiais do trabalho do enfermeiro. Quando o enfermeiro gerencia o cuidado, parte do pressuposto que o cotidiano de trabalho é um possibilitador de novas construções e rupturas (GODOY, 2010, p. 111).

Assim, “são perceptíveis as constantes buscas de iniciativas públicas e privadas no sentido de melhor atender às expectativas da população, criando ou transformando os serviços existentes voltados para a humanização e o cuidar do enfermeiro da Emergência” (NOVO, 2017, p. 61).

No decorrer dos últimos vinte anos, o Ministério da Saúde elaborou portarias com o objetivo de difundir os conceitos, as diretrizes e as ações nessa área, que foram motivadas pela demanda dos serviços de urgência e emergência. Dentre as normativas ministeriais, destaca-se a Portaria nº 2048/2002, por meio da qual foi instituído o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, com o objetivo de ordenar o acesso a esse atendimento, com garantia de acolhimento, atenção qualificada e resolutiva para as urgências de baixa e média complexidade, além da referência adequada dos pacientes graves dentro do SUS (ADÃO e SANTOS, 2012).

No cuidado na Emergência, o confronto com a morte é frequente, e o enfermeiro procura na sua rotina amenizar e identificar sinais de gravidade das situações. Nesse sentido, Polastrini; Yamashita; Kurashima (2011, p. 277), ensina que “cuidar significa assistir o indivíduo sadio ou enfermo na realização das atividades que contribuam para a saúde, sua recuperação ou uma morte pacífica”.

Visualizando o desenvolvimento de competências e habilidades profissionais para lidar com o emocional, frente principalmente as situações de atendimento de Urgência/ Emergência pré-hospitalar, percebe-se que “os profissionais de saúde inseridos num contexto de complexidade crescente verificado nas instituições de saúde e na sociedade, estão à procura de respostas que brotam de sua própria consciência, e nem sempre são encontradas no cotidiano” (BETTINELLI, WASKIEVICZ E ERDMANN, 2013, p. 233).

Assim, percebe-se que as ações de enfermagem no atendimento de pacientes oncológicos, conforme o tema do estudo, igualmente devem ser integrais, participativas e resolutivas, devem favorecer práticas de saúde e educativas, no sentido de prevenir, detectar

precocemente o câncer e contribuir no tratamento do mesmo.

A importância do profissional de enfermagem na humanização do paciente oncológico é ajudar a promover o alívio da dor física e emocional e de outros sintomas e situações estressantes pelos quais o paciente passa. Como, no caso em estudo, a dor serve de parâmetro na prioridade dispensada ao paciente cliente do CEPON para o devido acolhimento. A dor é a mais frequente causa de sofrimento e incapacidade que compromete seriamente a qualidade de vida de milhões de pessoas ao redor do mundo (SIQUEIRA; *et. al.*, 2012).

Para Silva e Moreira (2010), o atendimento de emergência nas Unidades Hospitalares tem importante papel na recuperação e manutenção da saúde do indivíduo. Recuperar a saúde e mantê-la se estabelece com uma assistência à saúde de qualidade e equipe multidisciplinar voltada para o indivíduo como um todo na sua integralidade, atentando para aspectos que envolvem a atuação eficaz, eficiente, rápida e com bom conhecimento clínico e científico. O enfermeiro é o profissional de nível superior da área da saúde que atua realizando o cuidado direto e indireto de pessoas em todas as áreas assistenciais que demandam ações de enfermagem. Não basta, portanto, a aplicação do conhecimento de um único saber científico, mas da abordagem multiprofissional diante das incertezas, diversidades e imprevisibilidades que demarcam a realidade complexa, mediante a instabilidade do quadro clínico do paciente e a proximidade da morte.

Nesse sentido, o conhecimento de nossas potencialidades e limitações, diante da complexidade da ação cuidadora, é fundamental. Temos limites que precisam ser superados, ao mesmo tempo em que não somos onipotentes e infalíveis. “É preciso, a cada dia, a cada nova experiência, tentar construir nossa própria identidade, sobre ‘o pano de fundo’ da nossa ‘missão’, que é cuidar da vida dos seres humanos. E a ‘missão’ se completa na satisfação do desempenho profissional e na busca incessante do resgate à dignidade e ao valor da vida” (BETTINELLI, WASKIEVICZ E ERDMANN, 2013, p. 233).

Perceber o paciente com câncer traz significados diversos, mudanças de valores, crenças e atitudes que demandam intervenções apropriadas e individualizadas, “para minimizar a ameaça à sua integridade física e psíquica, o que leva o enfermeiro, e demais profissionais de sua equipe, a confrontar-se com sua própria vulnerabilidade e finitude”. Logo, assistir ao paciente com câncer vai além de uma prescrição de cuidados, envolve “acompanhar sua trajetória e de sua família, desde os procedimentos diagnósticos, tratamento, remissão, reabilitação, possibilidade de recidiva e fase final da doença,



ou seja, vivenciando situações do momento do diagnóstico à terminalidade” (SILVA; CRUZ, 2011, p. 181).

No capítulo seguinte, aborda-se o caminho metodológico percorrido para o desenvolvimento do estudo e, conseqüentemente, o alcance dos objetivos do estudo.



## **4. DESENHO METODOLÓGICO**

### **4.1. Tipo De Estudo**

O estudo caracteriza-se como um Processo de Desenvolvimento de Produto (PDP), de um avaliador digital. Segundo Salgado *et al.* (2010), o PDP trata-se de um método formado por fases e atividades organizadas com o objetivo de planejar, desenvolver e construir um produto que seja original, além de atender as expectativas dos usuários. Segundo essa definição, entende-se que o desenvolvimento de um produto é uma tarefa complexa, necessitando ser monitorada e gerenciada para que este produto seja técnico e comercialmente viável. Esse conjunto faz com que a busca para melhorar e tornar o processo de desenvolvimento de produtos mais efetivo, seja permanente e proporcione metodologias que ofereçam suporte teórico e forneçam técnicas que beneficiem as fases do projeto (ENSSLIN *et al.*, 2011).

O PDP é formado por macrofases e após subdivididas por novas fases. Este processo inicia com a macrofase de planejamento, onde são definidos os objetivos, as metas a serem alcançadas, vantagens e desvantagens, funcionalidade e viabilidade do produto a ser desenvolvido (TAKAHASHI; TAKAHASHI, 2007).

Com a macrofase de planejamento concluída, inicia-se a macrofase de desenvolvimento em que são realizados os detalhes e as atividades de desenvolvimento do produto e dimensionamento. Neste momento, o instrumento será testado e avaliado no quesito fidedignidade, exequibilidade, acurácia e utilidade. Caso um desses quesitos não fosse atingido, então o instrumento passava por reformulações e novos testes. Antes que esta macrofase chegue ao fim, é necessário fazer o último teste e finalizar a produção antes do lançamento do produto. Com isso se dá o início da macrofase de lançamento do produto, onde é feito o marketing, a distribuição/publicação e suporte ao produto para assim dar início as atividades propostas (TAKAHASHI; TAKAHASHI, 2007).

### **4.2. Local do Estudo**

O estudo foi realizado no Ambulatório de Intercorrências Oncológicas (AIO) do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), uma Unidade de Emergência.

O Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON)<sup>1</sup>, de Florianópolis, SC., é uma organização social que presta atendimento exclusivo ao SUS, especializado no tratamento de pacientes com câncer. Criado em 1974, no Hospital Governador Celso Ramos. Ao ganhar espaço e importância no Estado de Santa Catarina, em 1986, passou a ser Unidade da Secretaria de Estado da Saúde para atendimento aos pacientes oncológicos. Em 1994, a Fundação de Apoio ao Hemose e CEPON passou a ser a interveniente para gestão dos recursos e em 2007, por meio de um contrato de gestão com a SES/SC passou a ser uma organização social.

O CEPON implantou o Programa de Qualidade Total desde o ano de 1996, atualmente as metas institucionais abrangem: Cumprir 100% das metas do Contrato de Gestão; implantar e ativar 100% dos serviços necessários para se tornar um CACON de referência até 2018; promover o CEPON como um centro de referência de ensino e pesquisa de oncologia até dez/2018, estabelecendo 6 (seis) diretrizes institucionais; definir e padronizar 100% das rotinas de atendimentos ao paciente até dezembro de 2018; implementar uma política de valorização de todos os colaboradores e, otimizar em 50% o tempo de permanência do paciente na instituição.

Neste cenário, encontra-se o Ambulatório de Intercorrências Oncológicas – AIO, no qual atuam seis enfermeiros, onde o paciente oncológico é o centro em torno do qual se constrói toda a atividade assistencial de acolhimento, contando-se atualmente com a média de 550 acolhimentos ao mês.

### **4.3 Participantes do Estudo**

O estudo contou com a participação dos enfermeiros da Equipe de Acolhimento do AIO e do setor de Tecnologia e Informação do CEPON.

Foram incluídos no estudo seis enfermeiros atuantes na Unidade de Urgência/ Emergência do AIO, de ambos os sexos, sem limite de idade e dos diferentes turnos. Como critérios de exclusão, foram considerados os profissionais que estavam em outros setores, férias, licença maternidade ou licença saúde no momento da coleta de dados.

---

<sup>1</sup> Os dados sobre o CEPON foram retirados do próprio site: <[www.cepon.org.br/](http://www.cepon.org.br/)>. Acesso em: 10 de junho de 2017.

## **4.4. Desenvolvimento do Avaliador Digital**

Para a construção do avaliador digital foram seguidas as seguintes etapas:

### **4.4.1 Macrofase de planejamento**

O início dessa etapa foi em abril de 2016 com as primeiras reuniões com o setor de Tecnologia e Informação do CEPON, no sentido de viabilizar o processo de desenvolvimento e implantação do avaliador digital. Após a concordância da instituição, entre maio e junho teve início a fase de construção do por meio de revisão bibliográfica e encontros de discussão com os enfermeiros do setor de AIO.

Fez-se uso da pesquisa bibliográfica para a construção do avaliador digital, visto que, esse tipo de pesquisa, desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos, apresenta como principal vantagem o fato de “permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente” (GIL, 2010, p. 50). Assim, para encontrar e extrair as variáveis significativas e imprescindíveis que deveriam compor os registros acerca da construção do avaliador digital foi empreendida consulta de referências oriundas de bancos de dados de saúde e livros especializados no tema. A consulta aos bancos de dados de saúde resultou nas referências distribuídas nos bancos de dados: MEDLINE; BDNF; LILACS; PUBMED, SCIELO, e IBICS com as palavras-chave enfermagem, oncologia, tecnologia, avaliador digital e, como filtros de pesquisa o período de 2000 a 2017 e os idiomas português, inglês e espanhol.

A construção do avaliador digital foi norteadada pelo Protocolo de Manchester, aplicado pela primeira vez em 1997, na cidade britânica de Manchester, o que deu origem ao nome. O Protocolo de Manchester classifica, após uma triagem baseada nos sintomas, os doentes por cores, que representam o grau de gravidade e o tempo de espera recomendado para atendimento. Aos pacientes com patologias mais graves é atribuída a cor vermelha, atendimento imediato; os casos muito urgentes recebem a cor laranja, com um tempo de espera recomendado de dez minutos; os casos urgentes, com a cor amarela, têm um tempo de espera recomendado de 60 minutos. Os doentes que recebem a cor verde e azul são casos de menor gravidade (pouco ou não urgentes) que, como tal,

devem ser atendidos no espaço de duas e quatro horas (SOUZA; ARAÚJO; CHIANCA, 2015).

Com a construção consensual, o avaliador contribuirá com a prioridade no atendimento ao paciente de forma global com agilidade e competência, cuja elaboração e desenvolvimento da estrutura do aplicativo foram subdivididos em duas etapas: protótipo do aplicativo e pré-teste.

Em julho de 2017, foi implantada no Sistema de Saúde Tasy, a ferramenta de movimento dos pacientes no AIO e em outros setores do CEPON. Logo, atendendo-se o objetivo de desenvolver e implementar um avaliador digital para acolhimento e classificação de risco no Ambulatório de Intercorrências Oncológicas – AIO, dando sequência à meta idealizada, passou-se a construção do Avaliador Digital, como produto de Enfermagem na presente Dissertação de Mestrado.

#### **4.4.2 Macrofase de desenvolvimento**

Foram realizadas reuniões, ou seja, três (03) Grupos de Discussão, visto que, essa opção metodológica em pesquisa, serve para se verificar quais são as reações das pessoas em relação a determinado assunto ou produto. Antes de fazer uma pesquisa mais específica (com perguntas objetivas), é preciso ter uma noção sobre o assunto pesquisado para realmente se criar um foco no levantamento. Aí que entra este tipo de pesquisa. Na Discussão em Grupo é que saem informações básicas para pesquisas mais aprofundadas (MEINERZ, 2011). Essas reuniões ocorreram nas dependências da própria instituição com os enfermeiros participantes do estudo para discutir sobre a necessidade e viabilidade da construção do avaliador digital, bem como possíveis itens a serem inclusos no produto, para o melhor atendimento da emergência oncológica do AIO.

Em outra reunião com os enfermeiros do AIO, discutiu-se sobre a necessidade e viabilidade da construção do avaliador digital para o melhor atendimento da emergência oncológica do AIO. Seguindo-se com os critérios para inclusão dos participantes no estudo, de estarem trabalhando no momento da realização do pré-teste e aceitarem por livre e espontânea vontade a participação no estudo, os enfermeiros assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a assinatura do termo, foi realizada a apresentação do instrumento a ser construído.

Em nova reunião com a equipe do TI e os enfermeiros participantes do estudo, discutiu-se quais seriam os itens a serem

inclusos no novo avaliador, atendendo-se as recomendações dos enfermeiros. Iniciaram-se as pesquisas para inserir dentro dos módulos do próprio Tasy o Avaliador Digital. Essas pesquisas foram sustentadas teoricamente por publicações científicas (revisão da literatura realizada em livros textos, manuais sobre anamnese e exames físicos), em publicações da Organização Mundial da Saúde, bem como pesquisado no Tasy, sobre a possibilidade de liberação das escalas de Glasgow e Eva, já que essas duas escalas eram contempladas no pacote que o CEPON adquiriu da Phillips®.

Contou-se também com a colaboração, participação e apoio dos professores orientadores da dissertação, com a prática clínica do pesquisador principal deste estudo, da equipe de profissionais do setor da tecnologia e informação e dos profissionais enfermeiros participantes do estudo. Durante a macrofase de desenvolvimento, ocorreram mudanças discutidas entre os participantes do estudo e realizadas, para melhorias no instrumento.

Após essa etapa, deu-se início ao teste, que consistiu inicialmente no manuseio e na utilização do avaliador, entre julho e outubro de 2017. A segunda etapa foi desenvolvida em novembro de 2017, por meio de entrevista estruturada e individual com os enfermeiros participante do estudo, realizada pelo mestrando sobre a funcionalidade do avaliador e com algumas perguntas objetivas com relação à utilização do mesmo na prática.

Optou-se por realizar a entrevista “por pauta” ou semiestruturada, na qual, “o entrevistador agenda vários pontos para serem explorados com o entrevistado, tem maior profundidade”, utilizando-se de um roteiro de perguntas abertas, flexíveis tanto para o entrevistado quanto para o entrevistador” (VERGARA, 2009, p. 52). Foi elaborado um roteiro composto por dez questões (APÊNDICE C) foram acrescentadas outras perguntas de acordo com o rumo que cada entrevista trilhava. A diversidade de perfil do quadro de sujeitos entrevistados permitiu que cada entrevista fosse diferente das demais, atribuindo uma riqueza singular a presente pesquisa.

Após a realização das entrevistas e transcrição das mesmas, visto terem sido gravadas, foram analisadas as considerações de cada enfermeiro sobre a utilização e manuseio do avaliador digital.

Ressalta-se que, para a análise dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo, a qual, segundo Bardin (2011, p.48), o termo análise significa:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos

sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens

As diferentes fases da análise de conteúdo como inquérito sociológico ou experimentação organizam-se em torno de três polos cronológicos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, no qual são realizadas a interferência e a interpretação (BARDIN, 2011):

a) Pré-análise: organização com o objetivo de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas num plano de análise.

b) Exploração do material: aplicação sistemática das decisões tomadas. Consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração em função de regras previamente formuladas. Nessa etapa se realiza a categorização, que é a classificação dos dados coletados, por diferenciação e em seguida por reagrupamento segundo analogia, o que dá origem às categorias de dados.

c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. A inferência é a intenção da análise de conteúdo e permite a passagem da descrição para a interpretação das mensagens (BARDIN, 2011).

As categorias temáticas estabelecidas a partir da análise dos dados foram: Percepção sobre o Avaliador Digital; facilidades e dificuldades no manuseio do Avaliador Digital; necessidade de incluir outros indicadores no Avaliador Digital; melhoramento para o Avaliador Digital e, benefícios com o uso do Avaliador Digital.

A discussão dos achados teve como base os relatos das questões abertas dos enfermeiros tendo como suporte os estudos de referência da área, bem como as publicações apresentadas na fundamentação teórica deste estudo e em outros estudos para aprofundamento da análise teórica e construção do avaliador.

Viável também ressaltar que, nesta etapa, na macrofase de desenvolvimento onde são feitos os detalhes e as atividades de desenvolvimento do produto e dimensionamento, momento em que o instrumento é testado, avaliado e finalizado, para então dar-se início à macrofase de lançamento do produto, quando é feito o marketing, a



distribuição/publicação e suporte ao produto para iniciarem-se as atividades propostas, segundo explicam Takahashi e Takahashi (2007), teve-se que construir uma evolução de enfermagem com base no Avaliador Digital. Tal fato ocorreu pela direção da Instituição ter suspenso temporariamente o Acolhimento com Classificação de Risco pelos enfermeiros. Também considerada uma consulta de nível superior com ganho para a Instituição, essa evolução de enfermagem digital, mantém a consulta de enfermagem e um pequeno relato dos principais sintomas do paciente na procura de seu atendimento. Essa evolução está aprovada e implantada para o uso dos enfermeiros na Instituição, ressaltando-se que os seus parâmetros de avaliação não classificam o risco do paciente, nem prioriza o atendimento. Hoje o profissional médico faz o primeiro atendimento, verifica os sinais vitais, cujo atendimento é realizado por ordem de chegada.

Ressalta-se que, a avaliação da aplicabilidade do produto de enfermagem criado foi realizada pela equipe da TI, pelos enfermeiros participantes do estudo por meio do manuseio, uso e entrevistas individuais.

Deste modo, o Avaliador Digital, o produto Acolhimento com Classificação de Risco, encontra-se construído pela equipe da TI, pelos enfermeiros participantes do estudo por meio do manuseio, uso e entrevistas individuais e, aprovado, inserido na base de testes do Sistema da Saúde Tasy, para uso a qualquer momento que seja viável seu retorno aos serviços de Emergência do AIO.

#### **4.5 Aspectos Éticos**

A ética é fundamental para nortear o comportamento e a conduta humana, pois é através dela que se constroem a cultura, os princípios e os valores que regem a sociedade. Durante a pesquisa foram assegurados os aspectos éticos, que garantem a impessoalidade e sigilo da identidade e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), aos participantes do estudo, assim como atendeu todos os requerimentos previstos pela Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), sendo este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do CEPON, sob parecer 2.098.745 (ANEXO C).

Além disso, ressaltando-se que, com base na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dita diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, foram

incorporados neste estudo, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro princípios básicos da bioética: princípio da autonomia, princípio de beneficência, a não-maleficência e o princípio de justiça.

## 5. RESULTADOS

Os resultados desta Dissertação são apresentados de acordo com a Normativa 01/MPENF/2014 do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, modalidade Mestrado Profissional, da UFSC. Assim, apresentam-se neste capítulo um produto e um manuscrito: **Produto:** Avaliador Digital: produto de enfermagem e, o **Manuscrito:** Avaliador digital no acolhimento e classificação de risco nas intercorrências oncológicas.

### 5.1 O Avaliador Digital: Produto de Enfermagem

De modo geral, fundamentando-se na Cartilha da PNH sobre o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (BRASIL, 2009), o desenvolvimento do avaliador digital de acolhimento baseado na classificação de risco, propõe:

- A melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde mudando a forma burocrática de entrada por filas e ordem de chegada.
- A humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas.
- Mudança de objeto da doença para o doente (sujeito).
- Uma abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.
- O aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas diferentes categorias profissionais, buscando orientar o atendimento dos usuários aos serviços de saúde por riscos apresentando complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução.
- O aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles.
- A operacionalização de uma clínica ampliada que implica a abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, construção de vínculo terapêutico visando aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde.
- A elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo.

Devem ser levados em conta os seguintes fatores: número de atendimentos por dia, horário de pico dos atendimentos, pessoal disponível, sistema de redirecionamento de consultas ambulatoriais ou outros serviços de atendimento, bem como área física. Nesse contexto, a mudança no paradigma assistencial, com a implantação de um sistema de escuta ativa com acolhimento, caracteriza-se como uma atitude inovadora, já que tem, como princípios básicos, a mudança do modelo de assistência à saúde, ao trabalho em equipe e à gestão participativa (GODOY, 2010).

A seguir, apresenta-se o Avaliador Digital construído neste estudo durante o Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado de Enfermagem. Para a elaboração e desenvolvimento da estrutura do aplicativo, foram divididos em duas etapas: o protótipo do aplicativo e o pré-teste, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Essas etapas dividiram-se em:

- a) Reunião com o pessoal da Tecnologia e Informação (TI) a fim de confirmar a viabilidade de inserir no Sistema da Saúde Tasy, sem custos, o Avaliador Digital proposto.
- b) Em outra reunião com os enfermeiros do AIO, discutiu-se sobre a necessidade e viabilidade da construção do avaliador digital para o melhor atendimento da emergência oncológica do AIO. Seguindo-se com os critérios para inclusão dos participantes no estudo, de estarem trabalhando no momento da realização do pré-teste e aceitarem por livre e espontânea vontade a participação no estudo, os enfermeiros assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a assinatura do termo, foi realizada a apresentação do instrumento a ser construído.
- c) Nova reunião com a equipe do TI e os enfermeiros do AIO participantes do estudo, discutiu-se quais seriam os itens a serem inclusos no novo avaliador, atendendo-se as recomendações da equipe e dos enfermeiros.
- d) Iniciaram-se as pesquisas para inserir dentro dos módulos do próprio Tasy o Avaliador Digital. Essas pesquisas foram sustentadas teoricamente por publicações científicas (revisão da literatura realizada em livros textos, manuais sobre anamnese e exames físicos), em publicações da Organização Mundial da Saúde, bem como pesquisado no Tasy, sobre a possibilidade de liberação das escalas de Glasgow e Eva,

que eram contempladas no pacote que o CEPON adquiriu na Phillips. Contou-se também com a transmissão de conhecimentos, participação e apoio dos professores orientadores da dissertação, com a prática clínica do pesquisador principal deste estudo, da Equipe de profissionais do setor da tecnologia e informação e dos profissionais enfermeiros participantes do estudo. Durante a macrofase de desenvolvimento ocorreram mudanças discutidas entre os participantes do estudo e realizadas, para melhorias no instrumento.

- e) Depois de construído ocorre nova demonstração e sanadas as dúvidas, deu-se início ao teste, em que a primeira etapa foi por meio do manuseio e utilização do aplicativo e a segunda etapa, a partir de entrevista estruturada com cada enfermeiro participante do estudo, sobre a funcionalidade do aplicativo e com algumas perguntas objetivas com relação à utilização do aplicativo na prática. Porém, nesta etapa, na macrofase de desenvolvimento são feitos os detalhes e as atividades de desenvolvimento do produto e dimensionamento, momento em que o instrumento é testado, avaliado e finalizado, para então dar-se início à macrofase de lançamento do produto, quando é feito o marketing, a distribuição/publicação e suporte ao produto para iniciarem-se as atividades propostas, segundo explicam Takahashi e Takahashi (2007), teve-se que construir uma evolução de enfermagem com base no Avaliador Digital. Tal fato ocorreu pela direção da Instituição ter suspenso temporariamente o Acolhimento com Classificação de Risco pelos enfermeiros. Também considerada uma consulta de nível superior com ganho para a Instituição, essa evolução de enfermagem digital, mantém a consulta de enfermagem e um pequeno relato dos principais sintomas do paciente na procura de seu atendimento. Essa evolução está aprovada e implantada para o uso dos enfermeiros na Instituição, ressaltando-se que os seus parâmetros de avaliação não classificam o risco do paciente, nem prioriza o atendimento. Hoje o profissional médico faz o primeiro atendimento, verifica os sinais vitais, sendo que o atendimento é realizado por ordem de chegada.
- f) Ressalta-se que, a avaliação do produto de enfermagem criado foi realizada pela equipe da TI, pelos enfermeiros

participantes do estudo por meio do manuseio, uso e entrevistas individuais.

Deste modo, o Avaliador Digital, o produto Acolhimento com Classificação de Risco, encontra-se construído e aprovado inserido na base de testes do Sistema da Saúde Tasy, para uso a qualquer momento que seja viável seu retorno aos serviços de intercorrências do AIO. Nesse contexto, Baggio; Erdmann e Dal Sasso (2010, p. 379) contribuem ressaltando que se “as TIs e a automação, se utilizadas adequadamente, podem contribuir para racionalizar e melhorar o processo de enfermagem, por auxiliar os pacientes a alcançar melhores resultados, do modo mais seguro possível e melhor apoiar os enfermeiros no cuidado aos pacientes”.

A seguir, apresenta-se o avaliador digital desenvolvido dentro do sistema de saúde Tasy, com os seguintes itens de avaliação: diagnóstico médico, queixa principal com aplicação da escala visual analógica da dor, história de alergia/reação adversa/intolerância, doenças prévias e atuais, tratamentos atuais, alimentação/nutrição, ingesta hídrica, nível de consciência por meio da escala de coma de Glasgow, cabeça e pescoço, pele e mucosa, mobilidade, eliminações e vigilância para bactéria multirresistente. Ao final da avaliação, o enfermeiro atribua a classificação de risco por meio de um sistema de cores conforme a prioridade: emergência (vermelha) urgência(amarela) e pouco urgente (verde).

## 6. AVALIADOR DIGITAL COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

### DIAGNÓSTICO MÉDICO

#### OBSERVAÇÕES:

#### QUEIXA PRINCIPAL

Dor

**ESCALA VISUAL ANALÓGICA:**  Sem dor  Leve  Moderada  Intensa  Insuportável

Pontuação: \_\_\_\_

Agitação psicomotora  Alterações de pele/lesões  Calafrios  Diarreia

Dificuldade de engolir

Dispneia  Febre  Fraqueza  Insônia

Náusea

Sangramento  Sonolência  Suor excessivo

Vômito

OUTRAS QUEIXAS:

OBSERVAÇÕES:

**HISTÓRIA DE ALERGIA/REAÇÃO ADVERSA/INTOLERÂNCIA**

- Não
- Sim

QUAL?

**DOENÇAS PRÉVIAS E ATUAIS (COMORBIDADES)**

- Nega doenças
- Depressão       Diabetes mellitus tipo I       Diabetes mellitus tipo I       Dislipidemia
- Doença cardiovascular       Doença genética
- Doença respiratória crônica       Hipertensão arterial sistêmica

OUTRAS DOENÇAS:

OBSERVAÇÕES:

**TRATAMENTOS ATUAIS**

- Nega tratamentos       Braquiterapia       Quimioterapia       Radioterapia
- Transplante de medula óssea

OBSERVAÇÕES:



### **ALIMENTAÇÃO/NUTRIÇÃO**

- Apetite preservado
- Dieta zero
- Inapetência
- Faz uso de cateter nasoenteral
- Faz uso de cateter nasogástrico
- Gastrostomia
- Jejunostomia
- Náusea
- Disfagia
- Dispepsia
- Epigastralgia
- Odinofagia
- Polifagia

### **INGESTA HÍDRICA**

- Pequena quantidade de líquidos
- Média quantidade de líquidos
- Grande quantidade de líquidos
- Restrição hídrica

OBSERVAÇÕES:

### **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

#### **ESCALA DE COMA DE GLASGOW**

- Normal
- disfunção / lesão encefálica leve
- disfunção / lesão encefálica moderada
- disfunção / lesão encefálica severa

Pontos:



**Face**

- Sem alterações
- Face com alterações

OBSERVAÇÕES:

**Olhos**

- Sem alterações
- Olhos com alterações
- Conjuntiva com alteração
- Acuidade visual alterada

OBSERVAÇÕES:

**Pupilas**

- Anisocóricas
- Isocóricas
- Midriáticas
- Mióticas

**Reflexo Fotomotor** →  Presente  Ausente

**Cavidade nasal**

- Sem alterações
- Cavidade nasal alterada

OBSERVAÇÕES:

**Ouvidos**

- Sem alterações
- Ouvidos com alterações
- Acuidade auditiva alterada

OBSERVAÇÕES:

**Cavidade oral**

- Sem alterações
- Cavidade oral alterada
- Paciente com candidíase oral
- Paciente com hipossalivação
- Paciente com mucosite

## OBSERVAÇÕES:

**Dentição**

- Sem alterações
- Ausência de dentes
- Cáries
- Implante dentário
- Prótese
- Dentes com alterações

## OBSERVAÇÕES:

**Pescoço**

- Sem alterações
- Pescoço com alteração
- Linfonodos palpáveis

## OBSERVAÇÕES:

**Pele E Mucosa**

- Sem alterações
- Cianótica
- Corada
- Edemaciada
- Com escoriação
- Fria/pegajosa
- Com hematoma
- Hidratada
- Hiperemiada
- Hipocorada
- Ictérica
- Íntegra
- Lesão por pressão
- Lesionada
- Com prurido
- Radiodermite
- Ressecada
- Sinais de desidratação
- Sudoreica

## OBSERVAÇÕES:

**MOBILIDADE**

Bastante limitado       Levemente limitado       Sem alterações       Parestesia       Plegia

Totalmente imóvel

OBSERVAÇÕES:

**ELIMINAÇÕES****Eliminações gástricas**

Hematêmese       Melamênese       Vômito       Vômito Fecalóide

OBSERVAÇÕES:

**Eliminações urinárias**

Espontânea       Fralda       Auto cateterismo       Dispositivo urinário       Sonda vesical de alívio  
 Sonda vesical de demora       Nefrostomia  
 Urostomia       Anúria       Colúria       Disúria       Enurese  
 Hematúria       Incontinência urinária  
 Nictúria       Oligúria       Piúria       Polaciúria

OBSERVAÇÕES:

**Eliminações intestinais**

Ausente       Espontânea       Fralda       Colostomia       Ileostomia       Induzida por laxativos  
 Constipação  
 Diarreia       Enterorragia       Esteatorreia       Fecaloma       Hematoquezia  
 Melena

OBSERVAÇÕES:

## **VIGILÂNCIA PARA BACTÉRIA MULTIRRESISTENTE (MR)**

### **PROCEDÊNCIA DO PACIENTE**

- Do domicílio
- Do domicílio com história de internação nos últimos 6 meses
- Do domicílio com relato de internação em UTI nos últimos 3 meses
- Transferência direta de outro serviço de saúde com história de internação em UTI nos últimos 3 meses

\*Local e data de internação: \_\_\_\_\_

- Transferência direta de outro serviço de saúde

\*Local e data de internação: \_\_\_\_\_

### **FATORES DE RISCO PARA COLONIZAÇÃO/INFECÇÃO POR MICRORGANISMOS MULTIRRESISTENTES**

- Restrito ao leito: incapaz de higienizar-se e alimentar-se (1 ponto)
- Residência em instituições de cuidados de longo permanência, ou de casas de repouso ou em atendimento domiciliar (1 ponto)
- Presença de dispositivos invasivos (drenos, CVC, TOT, traqueostomia, fixadores externos) na internação prévia (1 ponto)
- Presença de ferida cirúrgica abdominal aberta ou ostomias do trato gastrointestinal, ISC (Infecção de Sítio Cirúrgico) (1 ponto)
- Áreas com ruptura da pele, drenagem de feridas, lesão por pressão  $\geq$  estágio III (1 ponto)

- Uso de antimicrobianos (recorrente e recente) (3 pontos)
- Idade avançada, pacientes em TRS (diálise, hemodiálise) (1 ponto)
- Cateter Vesical Demora ou Cateterismo Intermitente, Nefrostomia, Urostomia ou Cistostomia (3 pontos)

### **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Prioridade (vermelha) → **EMERGÊNCIA** encaminhar diretamente para a sala de ressuscitação e avisar a equipe médica e de enfermagem

Prioridade (amarela) → **URGÊNCIA** encaminhar para consulta médica imediata; urgência, avaliação em, no máximo, 30 minutos. Elevado risco de morte.

Prioridade (verde) → **POUCO URGENTE** encaminhar para consulta médica, urgência menor.

Philips Tasy - Prontuário Eletrônico Paciente - PEP

Atendimento: 469099 Paciente: 44214 Sexo: F Nascimento: 20/04/1943 Idade: 74a 5m 27d Leto: Ev11 L1 Data entrada: 20/05/2016 16:08:33 PO: Int: 536

Paciente: Paciente P1 D

Evoluções																
Data	Atendimento	Profissional	Função	Tipo evolução	Especialidade	Serviço	Unid.	Usuário	Nº conselho	Nrc	Situação	RN	Data liberação	Aval. aux	Dtlb. aux	Ass. para
27/10/2017 10:45:04	469099	Osvaldo Matias Miranda	Enfermeiro	Evolução Enfermeiro R1 D			Ev11 L1	BSSELE.MIRA.COREN	505502	N	a	N	27/10/2017 10:58:03	N		

**Avaliação: AVALIADOR DIGITAL COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

**DIAGNÓSTICO MÉDICO :** Ca de mama  
**OBSERVAÇÕES :** Metástase óssea

**QUEIXA PRINCIPAL**

Dor : Presente  
 Escala Visual Analógica (EVA) : Moderada  
 Pontuação : 5

**HISTÓRIA DE ALERGIA/REAÇÃO ADVERSA/INTOLERÂNCIA**

Alergia/reação adversa/intolerância : Sim  
 Qual? : Extrapiramidal com METOCLOPRAMIDA

**DOENÇAS PRÉVIAS E ATUAIS (COMORBIDADES)**

Depressão : Sim

**TRATAMENTOS ATUAIS**

Quimioterapia : Sim  
 OBSERVAÇÕES : Protocolo PTX a cada 21 dias e Pamidronato a cada 28 dias

**PADRÃO NUTRICIONAL/METABÓLICO**

Alimentação/nutrição : Inapetência  
 Ingesta hídrica : Média quantidade de líquidos



**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

Escala de Coma de Glasgow : Normal

**Consciência**

Alerta : Sim

**Orientação**

Orientado : Sim

Comunicação : Contactuante

Paciente possui alteração na memória? : Não

**CABEÇA E PESCOÇO**

Crânio : Sem alteração

Face : Sem alteração

Olhos : Acuidade visual alterada

OBSERVAÇÕES : Utiliza lentes

Pupilas : Isocóricas

Reflexo Fotomotor : Presente

Cavidade nasal : Sem alteração

Ouvidos : Sem alteração

Cavidade oral : Hipossalivação

Dentição : Sem alteração

Pescoço : Sem alteração

**PELE E MUCOSA**  
Corada : Sim

**MOBILIDADE**  
Sem alterações : Sim

**ELIMINAÇÕES**  
Eliminações urinárias : Espontânea  
Eliminações intestinais : Espontânea  
OBSERVAÇÕES : 1 vez ao dia geralmente pela manhã

**PROCEDÊNCIA DO PACIENTE**  
Do domicílio : Sim

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**  
Prioridade : EMERGÊNCIA

Evoluções | Consulta

UptoDate

⏪ ⏩ ⏴ ⏵

⌂ Detalhes Relatório Imprimir Visualizar Novo Salvar Desfazer Excluir Echer

FEH Ass. Intensiva - Emergência

CEPON - Centro de Pesquisa Oncológica | GISELE MIRANDA | ADM STONE | Acessoria de Tecnologia | 2210059 | @Melo | Insp | UFG

Avaliação: AVALIADOR DIGITAL COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DIAGNÓSTICO MÉDICO : Ca de mama

OBSERVAÇÕES : Metástase óssea

#### QUEIXA PRINCIPAL

Dor : Presente

Escala Visual Analógica (EVA) : Moderada

Pontuação : 5

#### HISTÓRIA DE ALERGIA/REAÇÃO ADVERSA/INTOLERÂNCIA

Alergia/reação adversa/intolerância : Sim

Qual? : Extrapiramidal com METOCLOPRAMIDA

#### DOENÇAS PRÉVIAS E ATUAIS (COMORBIDADES)

Depressão : Sim

#### TRATAMENTOS ATUAIS

Quimioterapia : Sim

OBSERVAÇÕES : Protocolo PTX a cada 21 dias e Pamidronato a cada 28 dias

#### PADRÃO NUTRICIONAL/METABÓLICO

Alimentação/nutrição : Inapetência

Ingesta hídrica : Média quantidade de líquidos

#### NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

Escala de Coma de Glasgow : Normal

#### Consciência

Alerta : Sim

#### Orientação

Orientado : Sim

Comunicação : Contactuante

Paciente possui alteração na memória? : Não

#### CABEÇA E PESCOÇO

Crânio : Sem alteração

Face : Sem alteração  
Olhos : Acuidade visual alterada  
OBSERVAÇÕES : Utiliza lentes  
Pupilas : Isocóricas  
Reflexo Fotomotor : Presente  
Cavidade nasal : Sem alteração  
Ouvidos : Sem alteração  
Cavidade oral : Hipossalivação  
Dentição : Sem alteração  
Pescoço : Sem alteração

#### PELE E MUCOSA

Corada : Sim

#### MOBILIDADE

Sem alterações : Sim

#### ELIMINAÇÕES

Eliminações urinárias : Espontânea  
Eliminações intestinais : Espontânea  
OBSERVAÇÕES : 1 vez ao dia geralmente pela manhã

#### PROCEDÊNCIA DO PACIENTE

Do domicílio : Sim

#### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Prioridade : EMERGÊNCIA

## 6.1 MANUSCRITO: AVALIADOR DIGITAL NO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS INTERCORRÊNCIAS ONCOLÓGICAS

Amarildo Maçaneiro  
Alacoque Lorenzini Erdmann  
José Luís Guedes dos Santos

### Resumo

Objetivo: conhecer a opinião dos enfermeiros acerca da aplicabilidade de um avaliador digital para acolhimento e classificação de risco no Ambulatório de Intercorrências Oncológicas – AIO. Método: pesquisa qualitativa, com abordagem descritiva. O cenário do estudo foi o Ambulatório de Intercorrências Oncológicas (AIO) do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), uma Unidade de Emergência, em Florianópolis, SC. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com seis enfermeiros que atuavam nesse serviço e analisados de acordo com a análise temática proposta por Bardin. Resultados: apresentam-se três categorias: Avaliação da linguagem e estrutura, Benefícios do avaliador digital e Satisfação com o resultado final. Conclusão: os enfermeiros mostraram-se satisfeitos tanto com a linguagem quanto com a estrutura do avaliador digital, destacando como benefícios: abordagem holística do paciente, agilidade e uniformidade na avaliação do paciente e melhoria da comunicação da equipe de enfermagem.

**Palavras-chave:** Enfermagem Oncológica. Cuidados de Enfermagem. Tecnologia Biomédica. Acolhimento. Serviço Hospitalar de Emergência.

### Introdução

O câncer é uma patologia de grande relevância no cenário da atenção à saúde no Brasil. Tendo em vista o aumento do número de casos de câncer no Brasil, observa-se a necessidade de atuação de profissionais que garantam assistência eficaz e de qualidade. A Enfermagem pode utilizar o Processo de Enfermagem como instrumento para viabilizar a organização e a sistematização da assistência prestada ao paciente com câncer (NASCIMENTO; *et al*, 2012).

Do mesmo modo, o crescimento no atendimento de pacientes oncológicos em ambiente ambulatorial proporcionalmente acarreta um

maior número de pacientes que procuram os serviços de urgência/emergência com sintomas atrelados direta ou indiretamente ao tratamento do câncer. Essa condição aguda requer intervenção rápida a fim de evitar morte ou comprometimento permanente grave. A prestação de cuidados aos pacientes com câncer não difere do atendimento a qualquer paciente grave. Porém, muitos emergencistas têm dificuldades em avaliar o paciente oncológico com intercorrências (PAIVA; *et al.*, 2008; OLIVEIRA, 2014).

Ressaltam Oliveira; *et al* (2013) e Paixão; *et al* (2015) o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da PNH-SUS. Ela ressalta a importância de se divulgar com clareza para os usuários que a organização do atendimento na urgência ocorrerá por meio do acolhimento com classificação de risco, para que o atendimento seja dinâmico e efetivo, possibilitando assim maior satisfação do usuário.

Em situações de emergência, a classificação de risco à saúde é um instrumento de assistência utilizada no sentido de se estabelecer a prioridade do atendimento de acordo com a gravidade de cada caso. Este método prevê que o acolhimento seja realizado por um enfermeiro treinado e com protocolos estabelecidos para classificar os pacientes de acordo com as prioridades de intervenção (GIBAUT; *et al.*, 2013; SILVA; *et al.*, 2016).

Inseridos no processo de trabalho da Enfermagem, como profissional enfermeiro e supervisor geral noturno no Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), voltados à gerência do cuidado de enfermagem objetivando-se melhorias na qualidade e humanização do atendimento aos pacientes da Instituição, no ano de 2016 realizou-se o aprimoramento do *software* Tasy Teste em uso (ANEXO A), por meio de um arranjo tecnológico adequando o “Demonstrativo em Tela do Avaliador Digital”, propiciando melhor visualização das acomodações para os pacientes (APÊNDICE B).

Concluída em julho de 2016, ficou implantada no Sistema de Saúde Tasy, a ferramenta de movimento dos pacientes no AIO e em outros setores do CEPON.

Logo, vislumbrando-se “a possibilidade de inovar a prática do cuidado do outro de forma a corresponder às necessidades de um mundo globalizado, não ignorando a convivência entre os seres humanos, percebida como necessária e importante para a gerência de relações de cuidado saudáveis e construtivas”, segundo Baggio; Dal Sasso e Erdmann (2010, p. 378), já na ocasião do aprimoramento do instrumento avaliador com o acréscimo do ícone para a gestão de leitos, tinha-se

como meta, caso fosse constatado resultados positivos do mesmo, usá-lo como ferramenta proposta na dissertação de mestrado. Assim, após a proposta aceita e aprovada pelas entidades competentes, obedecendo todos os requisitos necessários, o projeto foi desenvolvido e então criado o produto de enfermagem, o novo Avaliador Digital para o acolhimento e classificação de risco (ANEXO B), no Ambulatório de Intercorrências Oncológicas (AIO).

Desse modo, justifica-se este estudo com o objetivo de conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o novo avaliador digital no acolhimento e classificação de risco, produto de enfermagem da dissertação do Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.

### **Método**

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, cujo parecer consubstanciado está registrado sob o CAAE número 66302017.3.3001.5355.

O local do estudo foi o Ambulatório de Intercorrências Oncológicas (AIO) do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON)<sup>2</sup>. Trata-se de uma Unidade de Emergência, que segundo Gomes (2008), são locais apropriados para o atendimento de pacientes com afecções agudas específicas onde existe um trabalho de equipe especializado, pertencente ao Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), instituição oncológica do Estado de Santa Catarina, Brasil.

Foram incluídos enfermeiros atuantes no AIO do CEPON, selecionados para a realização dos testes do aplicativo. Dentre os candidatos foram seis enfermeiros, de ambos os sexos, sem limite de idade e dos diferentes turnos. Como critérios de inclusão os participantes deveriam estar trabalhando no período em que os dados foram coletados. Como critérios de exclusão foram considerados os profissionais que estavam afastados das atividades na Urgência/Emergência do AIO, atuando em outros setores, férias, licença

---

<sup>2</sup> O Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), de Florianópolis, SC., um órgão público estadual, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde (SES), na área da oncologia, especializado no tratamento de pacientes com câncer. Criado em 1974, no Hospital Governador Celso Ramos. Os dados sobre o CEPON foram retirados do próprio site: <[www.cepon.org.br/](http://www.cepon.org.br/)>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

maternidade ou licença saúde no momento da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, gravada e transcrita. As perguntas orientadoras abrangeram a participação do enfermeiro sobre os conteúdos do avaliador digital e a aplicabilidade na prática clínica.

As entrevistas foram transcritas e as comunicações foram submetidas à análise de conteúdo (BARDIN, 2011) e discutidas por meio da literatura científica relacionada à temática encontrada nos relatos dos participantes.

De acordo com Bardin (2011) as diferentes fases da análise de conteúdo como inquérito sociológico ou experimentação organizam-se em torno de três polos cronológicos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, no qual são realizadas a interferência e a interpretação.

As etapas da análise de conteúdo de Bardin (2011) são: (1) Pré-análise: organização com o objetivo de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas num plano de análise. (2) Exploração do material: aplicação sistemática das decisões tomadas. Consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração em função de regras previamente formuladas. Nessa etapa se realiza a categorização, que é a classificação dos dados coletados, por diferenciação e em seguida por reagrupamento segundo analogia, o que dá origem às categorias de dados; e, (3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. A inferência é a intenção da análise de conteúdo e permite a passagem da descrição para a interpretação das mensagens (BARDIN, 2011). Foi garantido o anonimato dos participantes e das informações por meio da utilização de nomes de flores para nominar cada um.

## **Resultados**

Os participantes do estudo constituíram-se de seis enfermeiros, sendo quatro do sexo feminino e dois do sexo masculino, com idade entre 31 a 40 anos. Todos tinham pelo menos cinco anos de experiência profissional em Enfermagem e tempo de atuação no setor de emergência oncológica igual ou superior a três anos.

Para apresentação dos resultados, serão apresentadas três categorias: Avaliação da linguagem e aplicabilidade, Benefícios do avaliador digital e Satisfação com o resultado final.



## **Avaliação da linguagem e estrutura**

Nessa categoria, os enfermeiros destacaram a objetividade e clareza da linguagem utilizada no avaliador digital. Essas características contribuíram para a aplicabilidade do avaliador digital na rotina de trabalho do enfermeiro, como indicam os depoimentos apresentados a seguir.

“Eu achei ele bem completo e bem claro, objetivo! Linguagem adequada e facilidade na hora de assinalar só os tópicos”. (Orquídea)

“Claro, objetivo! A linguagem adequada fica bem mais fácil, até uma pessoa leiga, não vai ter dificuldade de aplicar”. (Lírio).

*“Eu vejo essa ferramenta sendo bem objetiva sendo até mais bem utilizada na entrada do paciente no acolhimento, dando mais informação!” (Camélia).*

*“Uma forma mais rápida de agir, não perde tanto tempo descrevendo” (Lírio).*

*“Estavam bem claras todas as informações, escritas de maneira objetiva, sem dificuldade de interpretar” (Violeta).*

## **Benefícios do avaliador digital**

Os principais benefícios pontuados pelos participantes a partir da utilização do avaliador digital foram: abordagem holística/integral do paciente, agilidade na avaliação do paciente, melhoria da comunicação da equipe de enfermagem e uniformidade na avaliação dos pacientes. As falas a seguir ilustram esses benefícios.

*“[...] possibilita analisar o paciente como um todo para ver o cuidado de forma integral. Esse novo aplicativo ele mostrou uma facilidade para a gente avaliar o paciente para a gente evoluir o paciente” (Violeta).*

*“Ele acaba se tornando mais completo tu acaba tendo mais informações e abordando o paciente de uma forma mais holística” (CRAVO).*

*“Uma forma mais rápida de agir, não perde tanto tempo descrevendo informações, o antigo não tinha. Nesse, tu consegue ter uma visão mais ampla, é um outro recurso que tu passa a ter” (LÍRIO).*

*“O acesso é fácil, tá bem legível, tá bem visível e bem objetivo o que facilita bastante e agiliza o trabalho do enfermeiro” (VIOLETA).*

*“Um facilitador da comunicação também entre a equipe do que aconteceu quando ele entrou até o momento que ele internou ou se ele teve alguma melhora do quadro, então, eu consigo ver o que aconteceu quando ele internou e acompanhar essa melhora do quadro com as demais evoluções que vão surgindo no sistema” (ROSA).*

*“Eu achei muito fácil! Eu achei que facilita bastante o nosso dia a dia que é um tanto ocorrido numa Emergência” (CRAVO).*

*“Achei que dessa forma ficou mais organizado e isso facilitou no atendimento e tu acaba abordando os mesmos temas. Então, todos os teus colegas acabam abordando da mesma forma, isso unifica e facilita no futuro” (CRAVO).*

*“Facilita o atendimento, pois a gente consegue entrar ali no Tasy que é a nossa ferramenta de acesso informatizada, tudo a gente faz através desta ferramenta, então, tudo fica mais fácil” (VIOLETA).*

## **Satisfação com o resultado final**

Considerando os benefícios obtidos a partir da utilização do avaliador digital, os enfermeiros mostraram-se satisfeitos com o resultado final obtido. Quando questionados acerca de aspectos que poderiam ser aprimorados ou inseridos, os participantes não

mencionaram sugestões, pois tiveram a oportunidade de fazê-las ao longo do desenvolvimento do produto.

*“No momento não tenho nenhuma sugestão. Porque como eu começo a fazer, eu consigo contemplar o meu objetivo ali, eu estou conseguindo contemplar com esses tópicos que foram levantados nesse aplicativo” (Violeta).*

*“Nesse momento, não sei se teria alguma coisa para mudar, talvez para a frente, nesse momento eu não consigo identificar, porque nós já mudamos algumas coisas durante o desenvolvimento” (CAMÉLIA).*

*“Como eu já falei anteriormente ele acabou se tornando mais completo tu acaba tendo mais informações e abordando o paciente de uma forma mais holística. Eu li, acabei usando e pra mim ele está excelente.” (ROSA)*

*“Não tem que ser alterado. esse modelo que nós temos hoje aqui, ele construído dentro da sistematização da assistência de enfermagem, ele migrando lá para aquele processo. Ele pode vir a contribuir bastante no acolhimento e classificar o risco de nosso paciente.” (CRAVO).*

Por fim, cabe pontuar a ressalva realizada por um dos participantes de que o avaliador digital deve ser utilizado como um recurso informatizado no cuidado de enfermagem, sem comprometer a humanização da assistência.

*“O enfermeiro o que ele tem que cuidar na minha opinião quando ele usa um instrumento informatizado, como eu falei, ele é um facilitador, só que ao mesmo tempo eu tenho que cuidar com aquela parte humanizada de quando eu recebo o paciente. Ele tem que ter a ferramenta para facilitar, mas ele não pode esquecer desta parte humanizada, que é o atendimento que o CEPON*

*tem, que é uma característica do CEPON” (ROSA).*

## **Discussão**

Após confirmada pela equipe do TI a viabilidade de inserir no Sistema da Saúde Tasy, sem custos, o Avaliador Digital proposto, discutindo-se com os enfermeiros do AIO, sobre a necessidade e viabilidade da construção do avaliador digital para o melhor atendimento da emergência oncológica do AIO, pode-se dizer que a proposta foi bem recebida por todos os envolvidos. Tem-se o discernimento que a comunhão entre os cuidados pelos profissionais da saúde e a tecnologia, por si só, trata-se de um procedimento complexo, em diversos sentidos.

Nesse sentido, Baggio; Erdmann e Dal Sasso (2010, p. 379), mencionam que, a enfermagem realmente, “precisa enfrentar os desafios oriundos do progresso e do desenvolvimento da área da saúde e contextualizar sua própria realidade para responder aos desafios advindos da complexidade e incertezas da enfermagem brasileira na contemporaneidade”. E, prosseguem acrescentando que, a complexidade, de fato, permeia o cenário da enfermagem quando, de um lado, alguns profissionais resistem à apropriação destas tecnologias e, de outro, outros desafiam o seu uso como ferramenta para integração entre as diversas dimensões de cuidado.

Destaca-se que foi vasta a literatura encontrada sobre o contributo da tecnologia da informação na gestão em cuidados de enfermagem, apoiando a realização da pesquisa. Não no sentido restrito ao desenvolvimento de produtos, o que se considerou até muito que restrita, porém, farta dando sustentação ao estudo. Confirmando que o enfermeiro não só pode, mas deve lançar mão da informática, de *softwares* livres, na maioria das vezes, contidos em pacotes de programas instalados nos seus computadores, para uma melhor construção e avaliação dos requisitos necessários, para o bom gerenciamento dos cuidados prestados aos pacientes pelo serviço de Enfermagem.

Viável logo aqui se registrar que além desse ponto negativo mencionado da produção de material pelos enfermeiros no Brasil, considerando-o como uma dificuldade para o embasamento e realização do presente estudo, apenas outro fato pode ser considerado como dificuldade encontrada, ou seja, a pouca disponibilidade de tempo dos

participantes envolvidos, principalmente pela equipe da TI da instituição.

A proposta do Avaliador Digital, após as demonstrações realizadas foi bem recebida, de comum acordo entre todos os envolvidos, como algo útil, necessário que traria mais qualidade aos serviços de atendimento do AIO. De fato, deve-se concordar de que a disposição visual das variantes torna-se mais clara, mais fácil de avaliar e de determinar os requisitos de funcionamento de um protótipo de *software* quando se lança mão destas ferramentas.

No decorrer do desenvolvimento do produto, foram-se discutindo e adequando-se algumas sugestões de melhoramentos, sendo que após o período de testes e este concluso, a avaliação foi satisfatória, pois o Avaliador Digital apresentou-se como um produto que além da facilidade de manuseio e discernimento pelos enfermeiros ele vem agilizar o trabalho desses profissionais.

Os enfermeiros entrevistados concordaram com os benefícios do produto, como um facilitador da comunicação entre os mesmos. No entanto, na percepção da maioria dos enfermeiros entrevistados o maior benefício é o fator “tempo”, ou melhor, com o uso do produto têm-se condições de agir com mais rapidez, pois observaram uma diminuição do tempo de registro, algo que facilita o fluxo do atendimento. De forma semelhante, a adoção de registros eletrônicos no cuidado a pacientes oncológicos em um hospital no Egito para contribuiu para a otimização do tempo e maior colaboração entre os profissionais de equipe de saúde (ROMMAN et al., 2017).

Esse resultado é convergente com a afirmativa de Freitas (2014) de que a informática traz benefícios aos clientes, pois, permite que o enfermeiro se torne mais disponível ao cuidado, livrando-se do processo burocrático de enfermagem que acaba por afastá-lo da assistência. Nesse sentido, Hannah; Ball e Edwards (2009) apontam os seguintes objetivos incentivadores para utilização de novas tecnologias de informação e comunicação na área assistencial de enfermagem, como: reduzir o tempo gasto na realização de registros da informação do paciente; eliminar redundâncias e inexatidão da informação registrada; melhorar o tempo em que a comunicação do dado é realizada; otimizar o acesso à informação; fornecer a informação de que os profissionais necessitam para que os mesmos possam tomar as melhores decisões possíveis no cuidado ao paciente. Com isso, os enfermeiros podem ser suavizados da rotina e do tempo gasto em atividades rotineiras e gerenciais onde lidam com papéis e documentações, podendo dedicar mais tempo a problemas específicos e às necessidades individuais dos pacientes.

Os resultados obtidos neste estudo também se assemelham aos achados de uma pesquisa realizada em um ambulatório oncológico do Canadá, onde a implementação de registros informatizados contribuiu para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente (SICOTTE, CLAVEL, FORTIN, 2017). De acordo com Narciso; Inácio e Carvalho (2014), as tecnologias da informação têm adquirido importância no âmbito da saúde, nas suas diferentes dimensões e níveis de ação, produzindo potenciais benefícios para os cidadãos e para os prestadores dos serviços. Na gestão em cuidados de enfermagem possibilitam a eficiência organizacional, a otimização da utilização dos recursos e a promoção da melhoria dos cuidados de saúde, incrementando a eficiência e a qualidade. No presente caso, a adaptação do antigo instrumento de avaliação para o novo produto de enfermagem batizado como Avaliador Digital.

Não se pode encerrar esta discussão, sem abordar uma determinada confusão referente ao Avaliador Digital como Classificação de Risco e o Avaliador Digital referente à Evolução de Enfermagem, perceptível em algumas das respostas dos enfermeiros entrevistados. Tal fato se prende ao motivo de que, antes da entrevista realizada para a avaliação final do produto proposto e concluído, este passou por uma adequação devido às exigências da administração da instituição, do cancelamento temporário da Classificação de Risco e inserção da Evolução de Enfermagem, como se explicou anteriormente.

Por fim, corrobora-se com Hannah; Ball e Edwards (2009) e Freitas (2014) na sua proposta de um *software*-protótipo para cuidados de enfermagem a pacientes submetidos a cateter venoso central de inserção periférica, que os computadores e sistemas têm evoluído ao longo do tempo a partir de máquinas pesadas do passado para o uso do computador no presente em todos os aspectos da vida cotidiana e locais de trabalho. No entanto, de forma desconcertante, o processo utilizado para implementar estes sistemas parecem não ter evoluído de forma adequada. Entende-se, pois, que é chegada a hora de uma mudança de mentalidade na forma como os enfermeiros operacionalizam implementações de sistemas e de projetos, agindo ativamente na construção do sistema ou *software*, incorporando técnicas relevantes.

A evolução da tecnologia da informação deve estar aliada com a assistência e os dados que compõem um sistema ou *software* devem ser aqueles necessários à prestação dos cuidados de enfermagem e oriundos de evidências da prática e/ou de estudos anteriores. Uma abordagem direcionada pode melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem prestado por atender às demandas dos ambientes de saúde complexos de

hoje.

Desta forma, pelos resultados obtidos, seguindo-se o exemplo de Freitas (2014, p. 53) traz-se à mente um conceito de Castells (2012) percebendo-se que “a questão não é se um sistema multimídia será desenvolvido, pois, certamente ele será, mas o importante é quando, como e sob quais condições este desenvolvimento ocorrerá, pode-se dizer que os objetivos do estudo foram levados a contento”.

### **Considerações Finais**

O estudo realizado propiciou constatar que a evolução da tecnologia da informação é incorporada à assistência à saúde, sendo que os dados que compõe um sistema ou *software* devem abranger necessariamente à prestação dos cuidados de enfermagem, provenientes de evidências da prática e/ou de estudos anteriores.

Com relação à percepção do Avaliador Digital, a grande maioria (99%), considerou-o adequado, sua utilização foi considerada importante para a Classificação de Risco, de fácil manuseio visto sua linguagem clara e simples, contendo todas as informações necessárias. Portanto, como se pode perceber o produto de enfermagem foi bem aceito, encontrando-se apto a atender as necessidades dos enfermeiros no atendimento do AIO.

Considera-se assim que, diante de uma abordagem direcionada ocorrerá melhora na qualidade do cuidado de enfermagem prestado, beneficiando não apenas os enfermeiros no desenvolvimento de suas ações, mas igualmente a instituição e os pacientes propiciando o atendimento às demandas dos ambientes de saúde complexos de hoje.

Reconhece-se que o presente estudo possui limitações como o número pequeno de enfermeiros que participam da pesquisa e o fato de o teste ter sido realizado em apenas um serviço específico. Tais limitações podem ser corrigidas em estudos futuros com maior envergadura.

### **Referências**

BAGGIO, MA; ERDMANN, AL; DAL SASSO, GTM. **Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa**. Reflexões. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Abr-Jun; 19(2): 378-85. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/21>>. Acesso em 06 de junho de 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, ALBL. & cols. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede – a era da informação: economia, sociedade e cultura**. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, v.1, 2012.

FREITAS, LCM. **Cuidados de enfermagem a pacientes submetidos a cateter venoso central de inserção periférica: proposta de um software-protótipo**. 84fl. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: < Acesso em: Jul./2017.

GIBAUT, MAM; HORI, LMR; FREITAS, KS; *et al.* **Comfort of the patient's family in an Intensive Care Unit related to welcoming**. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(5):1117-24

HANNAH, KJ; BALL, MJ; EDWARDS, MJA. **Introdução à informática em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

NASCIMENTO, LKAS; MEDEIROS, ATN, SALDANHA, EA; *et al.* **Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura**. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS), 2012 mar; 33(1): 177-85.

OLIVEIRA, CBS. **Assistência de enfermagem aos pacientes oncológicos em serviço de urgência/emergência: relato de experiência**. Monografia. 23fl. (Especialista). Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. UFSC. Florianópolis, 2014.

OLIVEIRA, GN; VANCINI-CAMPANHARO, CR; OKUNO, MFP; *et al.* **Nursing care based on risk assessment and classification: agreement between nurses and the institutional protocol**. Rev Latino Am Enfermagem. 2013, 21(2). Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt\\_0104-1169-rlae-21-02-0500.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0500.pdf). Acesso em: Jan./2018.



PAIVA, CE; *et al.* **O que o emergencista precisa saber sobre as Síndromes da Veia Cava Superior, Compressão Medular e Hipertensão Intracraniana.** Revista Brasileira de Cancerologia. Rio de Janeiro, v. 3, n. 54, p. 289-296, 2008. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_54/v03/pdf/revisao\\_3\\_pag\\_289a296.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v03/pdf/revisao_3_pag_289a296.pdf)>. Acesso em: 25 maio 2014.

PAIXÃO, TCR; CAMPANHARO, CRV; LOPES, MCBT; *et al.* ***Nursing staff sizing in the emergency room of a university hospital.*** Rev Esc Enferm USP. 2015; 49(3):481-7.

Romman AAB, Elmola MA, Elhamid MA, Zamzam MA. ***Relationship between electronic medical record utilization and the quality of nursing care at Pediatric Oncology Hospital.*** Egyptian Nursing Journal, 2017;14(2): 124-129 doi = {10.4103/ENJ.ENJ\_20\_17},  
SICOTTE C, CLAVEL S, FORTIN MA. ***A cancer care electronic medical record highly integrated into clinicians' workflow: users' attitudes pre-post implementation.*** Eur J Cancer Care (Engl). 2017 Nov;26(6). doi: 10.1111/ecc.12548. Epub 2016 Jul 25.

SILVA, PL; PAIVA L; FARIA, VB; *et al.* OHL RIB, CHAVAGLIA SRR. **Acolhimento com classificação de risco do serviço de Pronto-Socorro Adulto:** satisfação do usuário. Rev Esc Enferm USP · 2016; 50(3):427-433.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado permitiu constatar a veracidade de que a informática vem sublevando os processos de cuidado, de gerência e de ensino, disponibilizando aos enfermeiros a utilidade da tecnologia da informação na sua prática de cuidados, valorizando os benefícios evidentes, dentro das estruturas dos serviços.

Desenvolver e implementar um Avaliador Digital para acolhimento e classificação de risco no Ambulatório de Intercorrências Oncológicas (AIO), do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON) foi o objetivo geral que originou o produto de Enfermagem desta dissertação.

O aplicativo desenvolvido foi denominado Avaliador Digital, inserido nos módulos do Tasy Teste, *software* em uso no Ambulatório de Intercorrências Oncológicas (AIO) por meio de um arranjo tecnológico. Depois de confirmada a viabilidade, com pesquisas sustentadas teoricamente por publicações científicas, identificação com a equipe de acolhimento do AIO sobre os conteúdos para compô-lo e, contando-se com o apoio da equipe da tecnologia do Centro de Pesquisa (CEPON), construiu-se o aplicativo para acolhimento e classificação de risco. Realizou-se um pré-teste do protótipo do aplicativo com os enfermeiros atuantes no AIO, seguindo-se à avaliação do produto de enfermagem criado, realizada pela equipe da TI, pelos enfermeiros participantes do estudo por meio do manuseio, uso e entrevistas individuais.

Desse modo, o Avaliador Digital (o produto Acolhimento com Classificação de Risco) encontra-se aprovado, inserido na base de testes do Sistema da Saúde Tasy. Assim, considera-se alcançado o objetivo do estudo e comprovada a importância da tecnologia na área da saúde com o desenvolvimento do Avaliador Digital.

Acredita-se que o aplicativo irá auxiliar os enfermeiros e sua equipe na assistência ao paciente oncológico, facilitando na identificação, prevenção e coordenação dos cuidados, bem como contribuirá para a atualização desses profissionais que atuam num ambiente de cuidados complexos, possibilitando um atendimento mais seguro e de qualidade.

É importante pontuar que a elaboração deste estudo proporcionou realização profissional e pessoal, além de garantir uma qualificação da assistência prestada, bem como a uniformização das informações, diminuindo a subjetividade das mesmas frente ao acolhimento com classificação de risco do paciente oncológico, possibilitando assim uma equipe de enfermagem mais ágil e efetiva.

Como limitações deste estudo, pode-se mencionar o número de enfermeiros que avaliaram o aplicativo piloto e o fato de o teste ter sido realizado em apenas uma instituição. Estas limitações podem ser corrigidas num estudo de maior porte. Analisa-se, contudo, que o aplicativo possui enorme potencial para futuras melhorias e adições de conteúdo.

Por fim, acompanhando-se a evolução advinda com a TI a criação do Avaliador Digital, um novo sistema informatizado e padronizado à equipe de acolhimento do Ambulatório de Intercorrências Oncológicas, possibilitará um canal de comunicação eficaz permitindo às equipes transmitir e receber as informações de forma clara e correta para os cuidados a esta clientela específica, coordenando, orientando ou realizando atividades que devem ser desenvolvidas com competências científicas e de humanização. Uma contribuição para a gestão em enfermagem como articuladora entre a sua prática terapêutica e as expectativas dos usuários, bem como a promoção de uma assistência humanizada e com qualidade.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, CN; EISENSTEIN, E; ESTEFENON, SG. **Vivendo esse mundo digital:** impactos na saúde, na educação e nos comportamentos sociais. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.
- ACOSTA AM, DURO CLM, LIMA MADS. **Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência:** revisão integrativa. Revista Gaúcha de Enferm. 2013; 33(4):181-190. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/o-enfermeiro-na-triagem-com-classificacao-de-risco-em-servicos-de-urgencia-e-emergencia-revisao-integrativa/114560/#ixzz4BVZBdINq>>. Acesso em: 10 de jun. de 2016.
- ADÃO, RS; SANTOS, MR. **Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. Revisão Teórica.** Revista Mineira de Enfermagem. REME, 2012, v.16.4. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/567>>. Acesso em: 10 de jan. de 2018.
- ALBUQUERQUE, GL; SCHNEIDER, DG; MANSCHEIN, AMM; AUSEN, MAB; MARTINS, JJ. **Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008, Jan-Mar; 17(1): 81-89. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/09.pdf>> Acesso em: 10 de jan. de 2018.
- AMANTE, L; OLIVEIRA, I; PEREIRA, A. **Cultura da avaliação e contextos digitais de aprendizagem:** O modelo PRACT. REDOC – Revista Docência e Cibercultura. Rio de Janeiro v.1 n.1 p. 135-150, Set/Dez.2017.
- ARAÚJO, HMA.; SILVA, RM.; BONFIM, IM.; FERNANDES, AFC. **A comunicação da enfermeira na assistência de enfermagem à mulher mastectomizada:** um estudo de GroundTheory. Rev. Latino-Am. Enferm. Vol. 18, n.1, p. 1-7, 2010.
- BAGGIO, MA; ERDMANN, AL; DAL SASSO, GTM. **Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa.** Reflexões. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Abr-Jun; 19(2): 378-385. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/21>>. Acesso em: 06 de jun. de 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2011.
- BASTOS, AVB. **Trabalho e qualificação:** questões conceituais e desafios postos pelo cenário de reestruturação produtiva. In: BORGES-ANDRADE, JE, ABBAD, G, & MOURÃO, L. (Orgs.). Treinamento,

desenvolvimento e educação em organizações e trabalho. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BECK, CLC; MINUZI, D. **O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde:** uma análise bibliográfica. Saúde (Sta Maria). 2008; 34(1-2):37-43.

BELLUCCI JÚNIOR, JÁ; MATSUDA, LM. **Implantação do acolhimento com classificação de risco em Serviço hospitalar de emergência:** atuação do enfermeiro. Cienc Cuid Saúde. 2012; 11(2):396-401.

BETINELLI LA, WASKIEVICZ J, ERDMANN AL. **Humanização do cuidado no ambiente hospitalar.** O mundo da saúde, 2013; 27 (2), p. 231-239, abr./jun. de 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0403/pdf/IS23%284%29111.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23%284%29111.pdf)>. Acesso em: 16 de jan. de 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Resolução CNS nº 466/12.** Brasil, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 11 jun. de 2016.

BRASIL. Instituto Nacional de Combate ao Câncer (INCA). 2015. **Estimativa 2016-2017.** Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/sobre-as-estimativas.asp>>. Acesso em: 25 de mai. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <[bvsmms.saude.gov.br/bvs/.../acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/.../acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)>. Acesso em: 13 de jan. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html)>. Acesso em: 27 de jan. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_obstetricia\\_2017.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf)>. Acesso em: 19 de jan. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Terminologia em saúde: Acolhimento**, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/terminologia/>>. Acesso em: 10 de jun. de 2016.

BUSCHHORN, HM; STROUT, TD; SHOLL, JM; BAUMANN, MR. **Emergency Medical Services Triage using the Emergency Severity Index: is it reliable and valid?** *J Emerg Nurs.* 2013; 39(5):55-63. In: RAMOS COSTA, MA; GOMES DA SILVA VERSA, GL; BELLUCCI, JA; *et al.* **Acolhimento com classificação de risco: Avaliação de serviços hospitalares de emergência Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 19, núm. 3, julho-setiembre, 2015, p. 492. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127741627014.pdf>>. Acesso em: 15 de jan. de 2018.

CHERMAN, A; ROCHA-PINTO, SR. **Fenomenografia e valoração do conhecimento nas organizações: Diálogo entre método e fenômeno. Fenomenografia como método de captura das concepções dos indivíduos acerca de um fenômeno.** *RAC.* Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, art. 6, pp. 630-650, Set./Out. 2016. Disponível em: <[www.anpad.org.br/rac](http://www.anpad.org.br/rac)>. Acesso em: 11 de fev. de 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem (BR). **Resolução COFEN 423/2012 1º parágrafo, Art. 1, 2009.** Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37506/000822814.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 de jun. de 2016.

DAL PAI D, LL. **Suffering in the nursing work: reflexes of "empty speech" at the embracement with risk classification.** *Esc. Anna Nery*, vol. 15 no.3, Rio de Janeiro, July/Sept. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000300012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000300012&script=sci_arttext)>. Acesso em: 17 de mar. de 2018.

DEJOURS, C. **O fator humano.** Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 2016.

DESLANDES, SF. **Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

DURO, CLM; LIMA, MADC. **O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em emergências: análise da literatura.** *Online Brazilian Journal of Nursing*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.1-6, 2010.

ENSSLIN, L. *et al.* **Avaliação do desempenho de empresas terceirizadas com o uso da metodologia multicritério de apoio à decisão-construtivista.** *Revista Pesquisa Operacional*, v. 30, n. 1, p. 125-152, 2011.

FONTES, CAS; ALVIM, NAT. **Cuidado humano de enfermagem a cliente com câncer sustentado na prática dialógica da enfermeira.** Revista de Enfermagem da UERJ, v. 16, n. 2, pp. 193-9, 2008.

GIL, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 175p.

GODOY, FSF. **Organização do trabalho em uma unidade de urgência:** percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco. 2010. 156 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Londrina, Londrina, 2010. Disponível em: <[www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/109.pdf](http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/109.pdf)>. Acesso em: 3 de jun. de 2016.

GRAFF, I; GOLDSCHIMIDT, B; GLIEN, P. *et al.* **The germanan version of the Manchester triage system and Its quality criteria-first assesment and of validity and realeability.** *Eckle T. POS ONE*, 2014; 9, (2). Disponível em: <[e88995.doi.:101371./journal.pone.008895](https://doi.org/10.1371/journal.pone.008895)>. Acesso em: 18 de jan. de 2018.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. **Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2), p. 258-65.

IPO PORTO. Regulamento interno do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, EPE. Artigo 9, 2006, p. 3. In: LOPES, CTFSS. **Cuidados centrados no doente em oncologia.** Relatório. (Mestre). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2011. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57211/2/CUIDADOS%20CENTRADOS%20NO%20DOENTE%20EM%20ONCOLOGIA.pdf>>. Acesso em: 15 de jun. de 2016.

*JOINT INFORMATION SYSTEMS COMMITTEE. Effective assessment in a digital age report, 2010.* In: AMANTE, L; OLIVEIRA, I; PEREIRA, A. Cultura da avaliação e contextos digitais de aprendizagem: O modelo PrACT. REDOC – Revista Docência e Ciberultura. Rio de Janeiro v.1 n.1 p. 135-150, Set/Dez.2017.

LA FORGIA, G.M.; COUTTOLENC, B.F. **Desempenho hospitalar no Brasil:** em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.

LEWIS, S. **Patient-Centered Care: an introduction to what it is and how to achieve it** – a discussion paper for the Saskatchewan Ministry of Health, Saskatoon SK, jul./2009. Disponível em: <<http://www.changefoundation.ca/docs/patient-centred-care-intro.pdf>>. Acesso em: 13 de jun. de 2016.



LOPES, CTFSS. **Cuidados centrados no doente em oncologia.** Relatório. (Mestre). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2011. Disponível em: < <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57211/2/CUIDADOS%20CENTRADOS%20NO%20DOENTE%20EM%20ONCOLOGIA.pdf>>. Acesso em: 10 de jun. de 2016.

MARTINS, CR; DAL SASSO, GTM. **Editorial tecnologia:** definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 11-2.

MARTINS, J. de Jesus; ALBUQUERQUE, GL de. **A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde.** Cienc Cuid Saúde, 2007, Jul/Set;6(3):351-356.

MEINERZ, CB. **Grupos de Discussão:** uma opção metodológica na pesquisa em educação. Educação e Realidade, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 485-504, maio/ago. 2011. Disponível em: < <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/16957/12914>>. Acesso em: 28 de nov. de 2017.

MENDES, T. de JM. **Avaliação de um protocolo de acolhimento com classificação de risco em relação à capacidade de prever o desfecho clínico.** 80fls. 2017. Dissertação. (Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 2017. Disponível em: <[www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/.../TATIANEJESUSMARTINSMENDES.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/.../TATIANEJESUSMARTINSMENDES.pdf)>. Acesso em: 12 de jan. de 2018.

MENDOZA, HL. *Nuevas tecnologías para la investigación de enfermedades infecciosas.* Salud Pública Mex. 2007.

MERHY, EE. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2014.

\_\_\_\_\_. **Reestruturação produtiva em saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/reeprosau.html#topo>>. Acesso em: 15 de jan. de 2018.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** 11. ed. São Paulo (SP): Cortez, 2006.

MORORÓ, DD; ENDERS, BC; LIRA, AL; *et al.* **Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar.** Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. Acta Paul Enferm. 2017; 30(3):323-32, p. 324. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n3/en\\_1982-0194-ape-30-03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n3/en_1982-0194-ape-30-03.pdf)>. Acesso em 13 de nov. de 2017.

NORONHA, NS; BARBOSA, DMS; CASTRO, CC. **Inovação tecnológica e o trabalho humano:** o que mudou no mundo contemporâneo? XXXII Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Desenvolvimento Sustentável e Responsabilidade Social: As Contribuições da Engenharia de Produção Bento Gonçalves, RS, Brasil, 15 a 18 de outubro de 2012. Disponível em: <[http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2012\\_tn\\_sto\\_160\\_932\\_20272.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2012_tn_sto_160_932_20272.pdf)>. Acesso em: 12 de jan. de 2018.

NOVO, JV. **O cuidado profissional afetivo:** Concepções e vivências de enfermeiros em emergência de um hospital público no sul do Brasil. 97fls. 2017. Dissertação. (Mestre). Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde - Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, 2017.

OLIVEIRA, JLC; GATTI ,AP; BARRETO, MS; *et al.* **Acolhimento com classificação de risco:** percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. *Texto Contexto Enferm*, 2017; 26(1):e0960014. <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt\\_0104-0707-tce-26-01-0960014.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-0960014.pdf)> Acesso em: 12 de jan. de 2018.

PARENTI N; REGGIANI, MLB; IANNONE, P; *et al.* **A systematic review on the validity and reliability of an emergency department triage scale, the Manchester Triage System.** *Int J Nurs Stud.* 2014;51(7):1062-9. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24613653>>. Acesso em: 14 de jan. de 2018.

PINTO JÚNIOR, D; SALGADO, PO; CHIANCA, TCM. **Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester:** avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(6), nov./dez. 2012. Disponível em: < [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 12 de jan. de 2018.

PIRES, D.; MATOS, E. **Teorias administrativas e organização do trabalho:** de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2006, Jul/Set; 15(3), p. 508-14.

POLASTRINI, RTV; YAMASHITA, CC; KURASHIMA, AY. **Enfermagem e o Cuidado Paliativo.** In: SANTOS, FS. **Cuidados paliativos:** Diretrizes, humanização e alívio de sintomas. São Paulo: Atheneu, 2011. p. 277-283.

PROCHNOW, AG; SANTOS, JLG; PRADEBON, VM & SCHIMITH, MD. **Acolhimento no âmbito hospitalar:** perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), 2009. 30(1), p.11-18.

RAMOS COSTA, MA; GOMES DA SILVA VERSA, GL; BELLUCCI, JA; *et al.* **Acolhimento com classificação de risco:** Avaliação de serviços hospitalares de emergência. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 19, núm. 3, July/Septiembre, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127741627014.pdf>>. Acesso em 12 de jan. de 2018.

SALGADO, EG; SALOMON, VAP; MELLO, CHP; *et al.* **Modelos de referência para desenvolvimento de produtos:** classificação, análise e sugestões para pesquisas futuras. Revista Produção Online, v. 10, n. 4, p. 886-911, 2010.

SANTOS, CP; LOSEKANN, M; ELLWANGER, C. **Ferramenta de Suporte à Concepção de Documentos Digitais Acessíveis.** Nuevas Ideas en Informática Educativa TISE, 2014. Disponível em: <[http://www.tise.cl/volumen10/TISE2014/tise2014\\_submission\\_15.pdf](http://www.tise.cl/volumen10/TISE2014/tise2014_submission_15.pdf)>. Acesso em: 17 de jan. de 2018.

SANTOS, ET. **O acolhimento como um processo de intervenção do Serviço Social junto a mulheres em situação de violência.** Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Serviço Social, 2006. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/118478>>. Acesso em: 20 de nov. de 2017.

SANTOS, JLG; MENEGON, FHA; DE PIN, SB; *et al.* **Ambiente de trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência.** Rev Rene. 2017, mar-abr; 18(2):195-203. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/19246/29963>>. Acesso em: 28 de out. de 2017.

SCHOLZE, AS.; DUARTE JUNIOR, CF.; FLORES E SILVA, Y. **Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde:** afeto, empatia ou alteridade? Interface. Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v. 13, n. 31, dez. 2009.

SCHNEIDER, DG; *et al.* **Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana.** Texto Contexto Enferm. vol.17 n.1 Florianópolis Jan./Mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>>. Acesso em: 29 de mai. de 2016.

SILVA, MM; MOREIRA, MC. **Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos:** uma perspectiva da complexidade. Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiás, 2010; 12(3): 483-90. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a10.htm>>. Acesso em: 23 de jan. de 2018.

SILVA, RC; FERREIRA, MA. **Tecnologia no cuidado de enfermagem:** uma análise a partir do marco conceitual da enfermagem fundamental. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n. 1, p. 111-118, jan./fev. 2014.

SILVA, RCV; CRUZ, EA. **Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente oncológico.** Esc Anna Nery (impr.) 2011 jan-mar; 15 (1):180-185. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/2806/1/25.pdf>>.

Acesso em: 04 de jun. de 2016.

SILVA, RGM. da; NASCIMENTO, VF. BARBOSA, MR; *et al.* **Análise reflexiva sobre o desempenho do enfermeiro como mediador da assistência em saúde.** Enfermagem Brasil, Ano 2016 - Volume 15 - Número 2. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/314180207\\_Analise\\_reflexiva\\_sobre\\_o\\_desempenho\\_do\\_enfermeiro\\_como\\_mediador\\_da\\_assistencia\\_em\\_saude](https://www.researchgate.net/publication/314180207_Analise_reflexiva_sobre_o_desempenho_do_enfermeiro_como_mediador_da_assistencia_em_saude)>. Acesso em: 03 de jan. de 2018.

SILVA, RM; JORGE, MSB; SILVA JÚNIOR, AG. **Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde.** Fortaleza: EdUECE, 2015.

SIQUEIRA, JTT de, *et al.* **Dores orofaciais:** diagnóstico e tratamento. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

SOUZA, AS.; VALADARES, GV. **Desvelando o saber/fazer sobre o diagnóstico de enfermagem:** experiência vivida em neurocirurgia oncológica. Rev. Bras. Enferm. Vol. 64, n. 5, p. 890-897, 2011.

SOUZA, CC; ARAÚJO, FA; CHIANCA, TCM. **Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester:** revisão integrativa da literatura. Rev. Esc . Enferm. USP , 2015; 49(1):144-151. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt\\_0080-6234-reeusp-49-01-0144.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0144.pdf)>. Acesso em: 28 de nov. de 2017.

SOUZA CC, TOLEDO AD, TADEU LFR, CHIANCA TCM. **Risk classification in na emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(1):26-33. Disponível em:

<<http://www.enferurg.com/articulos/protocolorac.htm>>. Acesso em: 05 de jan. de 2018.

STEMPSEY WE. **Emerging medical technologies and emerging conceptions of health.** Theor Med Bioeth. 2006;27(3):227-43.

STUMM, EMF.; LEITE, MT.; MASCHIO, G. **Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer.** Cogitare Enferm. Vol. 13, n. 1, pp. 75-82, 2008.

TAKAHASHI, S. & TAKAHASHI, V. P. **Gestão de inovação de produtos:** estratégia, processo, organização e conhecimento. Rio de Janeiro: Campus, 2007.

THEOBALD, MR; MORAES DOS SANTOS, ML; OLIVEIRA DE ANDRADE, SM; DE-CARLI, AD. **Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 26 [ 4 ]: 1249-1269, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n4/1809-4481-physis-26-04-01249.pdf>>. Acesso em: 06 de nov. de 2017.

TOMBERG, JO; CANTARELLI, KJ; ECHEVARRÍA-GUANILO, ME; *et al.* **Acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro : caracterização dos atendimentos.** Ciência, cuidado e saúde. 2013, Vol. 12, n. 1, p. 80-7. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/94574>>. Acesso em: 14 de jan. de 2018.

VERGARA, SC. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** 11. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

WULP, I. Vander; *et al.* **Pain assessments at triage with the Manchester triage system: a perspective observational study.** *Emerge Med J.* 28585:589. Holanda, 2011.

Gerber DE, Beg MS, Duncan T, Gill M, Craddock Lee SJ. **Oncology Nursing Perceptions of Patient Electronic Portal Use: A Qualitative Analysis.** *Oncol Nurs Forum.* 2017 Mar 1;44(2):165-170. doi: 10.1188/17.ONF.165-170.

#### **Referências do Produto:**

BAGGIO, MA; ERDMANN, AL; DAL SASSO, GTM. **Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa.** Reflexões. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Abr-Jun; 19(2): 378-85. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/21>>. Acesso em 06 de jun. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/.../acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/.../acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)>. Acesso em: 19 de jan. de 2018.

GODOY, FSF. **Organização do trabalho em uma unidade de urgência:** percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco. 2010. 156 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Londrina, Londrina, 2010. Disponível em: <[www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/109.pdf](http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/109.pdf)>. Acesso em: 3 de jun. de 2016.

TAKAHASHI, S. & TAKAHASHI, V. P. **Gestão de inovação de produtos**: estratégia, processo, organização e conhecimento. Rio de Janeiro: Campus, 2007.

**Referências do Manuscrito:**

BAGGIO, MA; ERDMANN, AL; DAL SASSO, GTM. **Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa**. Reflexões. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Abr-Jun; 19(2): 378-85. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/21>>. Acesso em: 06 de jun. de 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, ALBL. & cols. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede – a era da informação**: economia, sociedade e cultura. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, v.1, 2012.

FREITAS, LCM. **Cuidados de enfermagem a pacientes submetidos a cateter venoso central de inserção periférica**: proposta de um software-protótipo. 84fl. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

GIBAUT, MAM; HORI, LMR; FREITAS, KS; *et al.* **Comfort of the patient's family in an Intensive Care Unit related to welcoming**. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(5):1117-24

HANNAH, KJ; BALL, MJ; EDWARDS, MJA. **Introdução à informática em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

NASCIMENTO, LKAS; MEDEIROS, ATN, SALDANHA, EA; *et al.* **Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos**: uma revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS), 2012 mar; 33(1): 177-185.

OLIVEIRA, CBS. **Assistência de enfermagem aos pacientes oncológicos em serviço de urgência/emergência**: relato de experiência. Monografia. 23fl. (Especialista). Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. UFSC. Florianópolis, 2014.

OLIVEIRA, GN; VANCINI-CAMPANHARO, CR; OKUNO, MFP; *et al.* **Nursing care based on risk assessment and classification: agreement between nurses and the institutional protocol**. Rev Latino Am Enfermagem. 2013, 21(2). Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt\\_0104-1169-rlae-21-02-0500.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0500.pdf)> Acesso em: 18 de jan. de 2018

PAIVA, CE; *et al.* **O que o emergencista precisa saber sobre as Síndromes da Veia Cava Superior, Compressão Medular e**

**Hipertensão Intracraniana.** Revista Brasileira de Cancerologia. Rio de Janeiro, v. 3, n. 54, p. 289-296, 2008. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_54/v03/pdf/revisao\\_3\\_pag\\_289a296.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v03/pdf/revisao_3_pag_289a296.pdf)>. Acesso em: 25 maio 2014.

PAIXÃO, TCR; CAMPANHARO, CRV; LOPES, MCBT; *et al.* ***Nursing staff sizing in the emergency room of a university hospital.*** Rev Esc Enferm USP. 2015; 49(3):481-7.

SILVA, PL; PAIVA L; FARIA, VB; *et al.* OHL RIB, CHAVAGLIA SRR. **Acolhimento com classificação de risco do serviço de Pronto-Socorro Adulto:** satisfação do usuário. Rev Esc Enferm USP · 2016; 50(3):427-433.





## APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO  
PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Amarildo Maçaneiro (pesquisador principal), mestrando do Programa de Pós Graduação do Curso em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Profª. Drª. Alacoque Lorenzini Erdmann e Co-Orientador Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos (pesquisadores responsáveis) estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “Avaliador digital como tecnologia de cuidado de enfermagem para atendimento no ambulatório de intercorrências oncológicas” que tem objetivo criar um avaliador digital de atendimento como tecnologia do cuidado de enfermagem para o ambulatório de intercorrências oncológicas – AIO do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON). Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo. Se aceitar ser participantes deste estudo, sua contribuição envolverá a participação em três encontros nas dependências da própria instituição, com os enfermeiros participantes do estudo para ser discutido sobre a necessidade e viabilidade da construção do avaliador digital para o melhor atendimento da emergência oncológica do AIO. Quando da divulgação dos resultados nos meios científicos nos deteremos apenas aos resultados coletivos elencados nos encontros desta pesquisa que incluirão a sua participação, assim manteremos seu anonimato. Também garantimos o sigilo quanto sua participação neste estudo. Ao participar desta pesquisa você não terá qualquer despesa, bem como não receberá nenhum recurso financeiro, mas caso hajam despesas comprovadamente vinculadas à participação nesta pesquisa, estarei a sua disposição para eventuais ressarcimentos. Garanto o direito à indenização por qualquer dano, comprovadamente, vinculado à sua participação neste estudo, conforme determinações legais sua colaboração permitirá a melhoria da qualidade dos serviços prestados pela equipe da unidade ambulatorial do CEPON. Ainda ressaltamos

que não estão sendo previstos danos de natureza física aos participantes do estudo. Mas, caso ocorra algum constrangimento e/ou desconforto por sua participação nos encontros previstos com a equipe multiprofissional, você poderá se manifestar por escrito ou verbalmente. Eu, pesquisador principal, estarei me comprometendo a atender as suas reivindicações para eliminar qualquer constrangimento e/ou desconforto. Quanto aos benefícios do estudo a problematização da prática, por meio de atividade em equipe, permitirá que todos os profissionais sejam ouvidos e que as contribuições para elaboração do avaliador sejam incluídas nessa tecnologia de cuidado. E ainda, com a construção consensual, o avaliador poderá contribuir com a prioridade no atendimento ao paciente do “Ambulatório de Intercorrências Oncológicas – AIO” de forma global com agilidade e competência. Caso você não possa participar de algum dos três encontros agendados nas dependências da própria instituição, isto não excluirá a continuidade de sua participação no estudo. Você está recebendo duas cópias deste Termo para assinatura, sendo que ambas já estão assinadas pelos pesquisadores, uma você deve guardar e outra será guardada pelo pesquisador principal por sua assinatura. Caso necessite de mais alguma informação em relação à pesquisa, bem como no caso de você optar por sair deste estudo, ou seja, revogar sua participação poderá entrar em contato pelos telefones e endereço eletrônico abaixo, ou ainda, você poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina ou do Centro de Pesquisas Oncológicas que aprovaram o desenvolvimento deste estudo. Em qualquer momento você também poderá fazer contato para novos esclarecimentos. Os dados coletados serão guardados por cinco anos e após serão incinerados. Para a divulgação dos resultados obtidos por esta pesquisa no meio científico (eventos científicos e periódicos) manteremos seu anonimato. Com a assinatura deste documento você está afirmando que foi informado sobre o estudo, seu desenvolvimento, objetivo e que aceita ser participante do estudo e nós pesquisadores ao assinarmos este documento nos comprometemos a cumprir o declarado aqui e recomendado pela resolução 466/2012.

**Pesquisadores responsáveis:**

**Pesquisador principal:** Mestrando Amarildo Maçaneiro. CPF: 54509874987. Endereço residencial: Rua Abel Alvares Cabral Junior, 149, apto 210 azaléia Ingleses Florianópolis/SC - Contato: (48) 999513394. Endereço profissional: Rodovia Admar Gonzaga, 655 CEP 88034-000 - Florianópolis - SC - Contato (48) 3331-1400. E-mail: anainezmpenf@gmail.com.

**Orientadora:** Prof. Dr<sup>a</sup>. Alacoque Lorenzini Erdmann. CPF: 180.529.320-68

**Co-orientador:** Prof. Dr. José Luis Guedes dos Santos. CPF: 007.269.940.06

**Comitês de ética envolvidos na pesquisa:**

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina - CEPESH-UFSC:** Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC CEP 88.040-400 Contato: (48) 3721-6094 Email: [cep.propeso@contato.ufsc.br](mailto:cep.propeso@contato.ufsc.br)

**Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos – CEP/CEPON - Rodovia Admar Gonzaga, 655 CEP 88034-000 - Florianópolis - SC – Contato (48) 3331-1502 Email: [cep@cepon.org.br](mailto:cep@cepon.org.br)**

**Nome do participante:** \_\_\_\_\_  
**RG:** \_\_\_\_\_ **ou** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Assinatura do participante:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Pesquisador principal: Mestrando Enf<sup>o</sup> Amarildo Maçaneiro**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Orientadora: Prof. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Co-orientador: Prof. Dr. José Luis Guedes dos Santos**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



# APENDICE B: TELAS DEMONSTRATIVAS DO AVALIADOR DIGITAL: LEITOS

## Telas Demonstrativas do Avaliador Digital

## Tela Demonstrativa do Avaliador Digital



## APÊNDICE C: INSTRUMENTO AVALIAÇÃO DO PROTÓTIPO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM  
ENFERMAGEM

### INSTRUMENTO AVALIAÇÃO DO PROTÓTIPO

**Título do Projeto:** AVALIADOR DIGITAL PARA ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ONCOLÓGICA

**Mestrando:** Amarildo Maçaneiro

**Orientadora:** Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

**Co-Orientador:** Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos

*Prezado colega, gostaria que respondesse este questionário com o objetivo de identificar o quanto o Avaliador Digital pôde auxiliar no acolhimento e cuidado ao paciente no AIO. Bem como, se gostaria de identificar as principais dificuldades enfrentadas por você no uso do aplicativo e sugestões.*

#### I. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

- 1) Sexo: ( ) F ( ) M
- 2) Idade: ( ) até 20 anos ( ) 21 a 30 anos ( ) 31 a 40 anos  
( ) 41 ou mais
- 3) Tempo de formação: ( ) até 2 anos ( ) 2 à 5 anos ( ) 5 à 10 anos  
( ) 11 anos ou mais


- 4) Tempo de exercício: ( ) até 2 anos ( ) 2 à 5 anos ( ) 5 à 10 anos  
( ) 11 anos ou mais
- 5) Tempo de atuação na UTI: ( ) até 2 anos ( ) 2 à 5 anos ( ) 5 à 10 anos  
( ) 11 anos ou mais

## **II. FUNCIONALIDADE DO APLICATIVO**

- 1) O que você achou do aplicativo?
- 2) Você achou fácil o uso do aplicativo?
- 3) Você achou a linguagem adequada?
- 4) Você encontrou alguma informação que não estava correta?
- 5) Você teve alguma dificuldade para encontrar as informações necessárias?
- 6) Você achou que a parte multimídia ajudaram na compreensão do tópico?
- 7) Cite algumas facilidades e dificuldades na busca/consulta das informações:
- 8) Você tem alguma sugestão que possa ajudar no melhoramento do aplicativo?
- 9) Você vê a necessidade de incluir outros indicadores no aplicativo e quais sugere?
- 10) Você tem alguma sugestão que possa ajudar no melhoramento do aplicativo?



## ANEXO A: INSTRUMENTO ANTERIOR AO AVALIADOR

 **CEPON - Avaliação Triagem**

Nome: Jair Tomas Rainundo	Prontuário: 453
Data Nasco: 21/09/1945 70	Estado Civil: Divorciado
Sexo: Masculino	Naturalidade:
Endereço: Servidão Agra Filho, nº 102, Tapera - casa	Profissão: Serralheiro

**QUEIXA PRINCIPAL**

Alterações no ciclo sono-vigília	N	Diarréia	N	Astenia Severa	N	Dor	N
Crise Convulsiva	N	Fadiga	N	Dispneia	N	Febre	N
Sonolência Excessiva	N	Náusea	N	Hemorragia	N	Hipertensão	N
Agitação Psicomotora	N	Vômito	N	Desidratação	N	Hipotensão	N
Parada Cardíaca	N	Outras					

Observações:

**AVALIAÇÃO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

Lúcido	N	Orientado	N	Não responsivo	N	Confuso	N
Sonolento	N	Irritado	N	Delírio	N	Alucinações	N

Alteração no ciclo sono vigília: N

Observações:

**COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA**

Contactante	N	Afonia	N	Disartria	N
Deficit auditivo/visual	N	Deficit auditivo	N	Dificuldade de manter o padrão de comun. TGT/outras	N

**AVALIAÇÃO PELE/MUCOSA**

Hidratado	N	Desidratado	N	Corado	N	Hipocorado	N
Ictérico	N	Cianótico	N	Lesões hepáticas/fúngicas	N		
Outras	N	Descrição:					

Sinais flogísticos local:

Lesões orais:

**EDEMA**

**NUTRIÇÃO ALTERADA**

Observações:

**NAÚSEA**

**ELIMINAÇÕES**

Vesicais		Intestinais		Gástricas	
----------	--	-------------	--	-----------	--

**MOBILIDADE: INCAPACIDADE DE MOVIMENTAÇÃO**

Nome Enfermagem

DIGITAL

# ANEXO B: AVALIADOR DIGITAL COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Philippe Tassy - Prontuário Eletrônico Paciente - PEP

Atendimento/Prontuário Paciente Sexo/Nascimento Idade Leito Data entrada PO Int  
 60630 53770 Adão Isaac Gergaro JM 09/11/1947 70a 4d L1 Intern 20/16/2017 15:14:31 24

**Setores de Informação**

- Atend. Intern. - Dta. Internado
- L1 Intern. - 4 AD Int. - Adão Is
- ADEP
- Alertas
- Anamnese
- Anamnese oncológica
- Avaliações de Enfermagem
- Cirurgias
- Diagnósticos
- Escala e Índices
- Intercorrências/Eventos
- Inteligências
- Laudos Imagens/Laboratóri
- Ganhos e perdas
- Histórico de saúde
- Lauds SUS
- Encaminhamento/Orient. de A&E
- Orientações gerais
- Pareceres Multiprofissionais
- Intercorrências enfermagem
- Prescrições (PREP)
- SAE
- S.V. Monitorização
- Solic. Exames Externos
- L2 Intern. - 2 AD Int. - Alécio Silveir
- L3 Intern. - 3 AD Int. - Adão Batista
- L4 Intern. - 4 AD Int. - Abelardo Vice
- Hospital Palatino 2º andar
- Hospital Unidade Internação 1º andar
- Ponto Atendimento
- Sane
- Pendências

**Avaliações**

Data avaliação: 12/11/2017 09:59:36 Di. Betãoção  Parcial

Avaliador: 372 Análise Maponeiro

Observação: AVALIADOR DIGITAL COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Situação ativa  Apresentar na web

**DIAGNÓSTICO MÉDICO:**

**OBSERVAÇÕES:**

**QUEIXA PRINCIPAL:**

Do:

Escala Visual Analógica (EVA):

Pontuação:

Agitação psicômota  Alterações de pele/lesões  Calafrios  Diarreia  Dificuldade de engolir  Dispneia  Febre

Fraqueza  Insônia  Náuseas  Sangramento  Sonolência  Suor excessivo  Vômito

**OUTRAS QUEIXAS:**

**OBSERVAÇÕES:**

**HISTÓRIA DE ALERGIAS/REAÇÃO ADVERSA/INTOLERÂNCIA:**

Alergia/reação adversa/intolerância:

Qual?:

**DOENÇAS PRÉVIAS E ATUAIS (COMORBIDADES):**

Nega doenças  Depressão  Diabetes mellitus tipo I  Diabetes mellitus tipo II  Dislipidemia  Doença cardiovascular  Doença genética

Doença respiratória crônica  Hipertensão arterial sistêmica

**OUTRAS DOENÇAS:**

**OBSERVAÇÕES:**

**TESTES ATUAIS:**

Braquiaterapia  Quimioterapia  Radioterapia  Transplante de medula óssea

**OBSERVAÇÕES:**

**PADRÃO NUTRICIONAL/NCTABOLICO:**

Alimentação/nutrição:

Ingestão hídrica:

**OBSERVAÇÕES:**

**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:**

Escala de Coma de Glasgow:

Pontos:

Consciência:  Alerta  Coma  Confusão  Estupor  Obnublação  Sonolência/letargia

Orientação:  Orientado  Desorientado

Comunicação:

Paciente possui alteração na memória?:

**OBSERVAÇÕES:**

**ELIMINAÇÕES**  
Emissão gástrica: [ ] OBSERVAÇÕES: [ ]  
Emissão urinária: [ ] OBSERVAÇÕES: [ ]  
Emissão intestinal: [ ] OBSERVAÇÕES: [ ]

Cavidade nasal: [ ]  
OBSERVAÇÕES: [ ]  
Dentição: [ ]  
OBSERVAÇÕES: [ ]  
Pericópi: [ ]  
OBSERVAÇÕES: [ ]

**PELE E MUCOSA**  
 Sem alterações  Cicatrizes  Costas  Edematosas  Com escoriação  Fila/desgrana  Com hematomas  
 Hidratada  Hipermiada  Hipocrômica  Ictérica  Intega  Lesão por pressão  Lesionada  
 Com prurido  Radionômite  Ressecada  Sinais de desidratação  Subtentea  
OBSERVAÇÕES: [ ]

**STABILIDADE**  
 Levemente limitado  Sem alterações  Parcial  Prega  Totalmente imóvel  
OBSERVAÇÕES: [ ]

**Órgão**: [ ]  
OBSERVAÇÕES: [ ]  
**Face**: [ ]  
OBSERVAÇÕES: [ ]  
**Olho**: [ ]  
OBSERVAÇÕES: [ ]  
**Pupila**: [ ]  
**Reflexo Fotorráo**: [ ]  
OBSERVAÇÕES: [ ]  
**Cavidade nasal**: [ ]  
OBSERVAÇÕES: [ ]  
**Orelha**: [ ]  
OBSERVAÇÕES: [ ]

**VIGILÂNCIA PARA BACTÉRIA MULTIRRESISTENTE (MR)**  
**PREVENÇÃO DO PACIENTE**  
 De domicílio  De domicílio com história de internação nos últimos 6 meses  De domicílio com relato de internação em UTI nos últimos 3 meses  
 Transferência direta de outro serviço de saúde com história de internação em UTI nos últimos 3 meses  
 Transferência direta de outro serviço de saúde  
 Local e data de internação: [ ]  
 Transferência direta de outro serviço de saúde  
 Local e data de internação: [ ]

**FATORES DE RISCO PARA COLONIZAÇÃO/INFECÇÃO POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES**  
 Resíduo ao lado: inquério de higiene se e alternar se (1 ponto)  
 Residência em instituições de cuidados de longo permanência, ou de casas de repouso ou em atendimento domicílio (1 ponto)  
 Presença de dispositivos invasivos (diálise, CVC, TOT, traqueostomia, fístulas enterais) na internação prévia (1 ponto)  
 Presença de ferida cirúrgica aberta/total aberta ou contatos de trato gastrointestinal, ISE (proteção de Selo Cirúrgico) (1 ponto)  
 Áreas com ruptura da pele: divergência de feridas, ferida por pressão ou = estágio II (1 ponto)  
 Uso de antibióticos (recente e recente) (2 pontos)  
 Saúde avançada, pacientes em TRS (diálise, hemodiálise) (1 ponto)  
 Casos Vesical/Demência ou Carcinoma Intestinal, Hepatoma, Ústria ou Cistostoma (3 pontos)

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**  
Risco: [ ]

**Avaliação**: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Atividade: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Pendente de avaliação: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Philips Tasy - Prontuário Eletrônico Paciente - PEP

Sexo: Masculino | Nascimento: 08/11/1947 | Idade: 70a | 4d | Leito: L1 Intern. | Data entrada: 20/10/2017 15:14:31 | PO: Int. | 24

**Avaliações**

Data avaliação: 10/11/2017 08:58:36 | DI liberado:  Parcial

Avaliador: 373 | Anamário Magareno

Tipo avaliação: AVALIADOR DIGITAL COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Observação:

Situação ativa  Apresentar na web

**DIAGNÓSTICO MÉDICO:**

**OBSERVAÇÕES:**

**QUEIXA PRINCIPAL:**

Do:

Escala Visual Analógica (EVA):

Pontuação:

Agitação psicomotora  Alterações de pele/lesões  Calafrios  Diarreia  Dificuldade de engolir  Dispneia  Febre

Fraqueza  Inúrcia  Náusea  Sangramento  Sonolência  Suor excessivo  Vômito

**OUTRAS QUEIXAS:**

**OBSERVAÇÕES:**

**HISTÓRIA DE ALERGIA/REAÇÃO ADVERSA/INTOLERÂNCIA:**

Alergia/reação adversa/intolerância:

Qual?:

**DOENÇAS PRÉVIAS E ATUAIS (COMORBIDADES):**

Nega doenças  Depressão  Diabetes mellitus tipo I  Diabetes mellitus tipo II  Dislipidemia  Doença cardiovascular  Doença genética

Doença respiratória crônica  Hipertensão arterial sistêmica

**OUTRAS DOENÇAS:**

**OBSERVAÇÕES:**

**TRATAMENTOS ATUAIS:**

Nega tratamentos  Quimioterapia  Radioterapia  Transplante de medula óssea

**OBSERVAÇÕES:**

**PADRÃO NUTRICIONAL/METABÓLICO:**

Alimentação/nutrição:

Ingestão hídrica:

**OBSERVAÇÕES:**

**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:**

Escala de Coma de Glasgow:

Pontos:

**Consciência:**

Alerta  Coma  Confusão  Estupor  Obnublação  Sonolência/letargia

**Orientação:**

Orientado  Desorientado

**Comunicação:**

Paciente possui alteração na memória?:

**OBSERVAÇÕES:**

**CABEÇA E PESCOÇO:**

**Orelhas:**

**OBSERVAÇÕES:**

**Face:**

**OBSERVAÇÕES:**

**Olfato:**

**OBSERVAÇÕES:**

**Pupilas:**

**Reflexo Fotomotor:**

**OBSERVAÇÕES:**

**Cavidade nasal:**

**OBSERVAÇÕES:**

**Ouvindo:**

**OBSERVAÇÕES:**

Cavidade oral: <input type="text"/> <b>OBSERVAÇÕES:</b> <input type="text"/> Dentição: <input type="text"/> <b>OBSERVAÇÕES:</b> <input type="text"/> Pericópio: <input type="text"/> <b>OBSERVAÇÕES:</b> <input type="text"/>
<b>PELE E MUCOSA</b> <input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Clardíca <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Edemaciada <input type="checkbox"/> Com escoriação <input type="checkbox"/> Fria/pegajosa <input type="checkbox"/> Com hematomas <input type="checkbox"/> Húmidas <input type="checkbox"/> Hipermiada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Lesão por pressão <input type="checkbox"/> Lesionada <input type="checkbox"/> Com prurido <input type="checkbox"/> Radiodemite <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Sinais de desidratação <input type="checkbox"/> Sudorese <b>OBSERVAÇÕES:</b> <input type="text"/>
<b>MOBILIDADE</b> <input type="checkbox"/> Bastante limitado <input type="checkbox"/> Levemente limitado <input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Paratética <input type="checkbox"/> Plegia <input type="checkbox"/> Totalmente imóvel <b>OBSERVAÇÕES:</b> <input type="text"/>
<b>ELIMINAÇÕES</b> Eliminações gástricas: <input type="text"/> <b>OBSERVAÇÕES:</b> <input type="text"/> Eliminações urinárias: <input type="text"/> <b>OBSERVAÇÕES:</b> <input type="text"/> Eliminações intestinais: <input type="text"/> <b>OBSERVAÇÕES:</b> <input type="text"/>

<b>VIGILÂNCIA PARA BACTÉRIA MULTIRRESISTENTE (MR)</b> <b>PROCEDÊNCIA DO PACIENTE</b> <input type="checkbox"/> De domicílio <input type="checkbox"/> De domicílio com história de internação nos últimos 6 meses <input type="checkbox"/> De domicílio com relato de internação em UTI nos últimos 3 meses <input type="checkbox"/> Transferência direta de outro serviço de saúde com história de internação em UTI nos últimos 3 meses Local e data de internação: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Transferência direta de outro serviço de saúde Local e data de internação: <input type="text"/>
<b>FATORES DE RISCO PARA COLONIZAÇÃO/INFECÇÃO POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES</b> <input type="checkbox"/> Restrito ao leito: incapaz de higienizar-se e alimentar-se (1 ponto) <input type="checkbox"/> Residência em instalações de cuidados de longo permanência, ou de casos de repouso ou em atendimento domiciliar (1 ponto) <input type="checkbox"/> Presença de dispositivos invasivos (diátese, CVC, TOT, traqueostomia, fístulas externas) na internação prévia (1 ponto) <input type="checkbox"/> Presença de ferida cirúrgica aberta ou ostomia do trato gastrointestinal, ISC (Infecção de Sítio Cirúrgico) (1 ponto) <input type="checkbox"/> Áreas com ruptura da pele, divergência de feridas, lesão por pressão > ou = estágio III (1 ponto) <input type="checkbox"/> Uso de antimicrobianos (recorrente e recente) (3 pontos) <input type="checkbox"/> Idade avançada, pacientes em TRS (diálise, hemodiálise) (1 ponto) <input type="checkbox"/> Cateter Vesical Demora ou Cateterismo Intermitente, Nelatonomia, Urostomia ou Cistostomia (3 pontos)
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b> Prioridade: <input type="text"/>
Avaliação: <input type="button" value="Imagem"/> <input type="button" value="Anexos"/> <input type="button" value="Inserir banco"/> <input type="button" value="Liberação"/> <input type="button" value="Pendente de assinatura"/>
Avaliações: <input type="button" value="UpToDate"/>

Philipe Tary - Prontuário Eletrônico Paciente - PEP

Atendimento: 46093 Paciente: 44214 Paciente P ID

Nome Nascimento Idade Sexo Data entrada ID In

30/04/1963 74a Gn 12a [En] L 1 20/05/2016 18:07:33 542

		Evoluções													
	Data	Atendimento	Profissional	Função	Tipo evolução	Especialidade parent	Sexo	Unid	União	UF conselho	Vinc	Classificação	RN	Data liberado	Aut aut
	04/12/2016 14:44:20	60103	Glauco Martins	Internista	Exclusão	Interna		U.P.	PR	PR	PR	PR	PR	06/11/2017 14:44:20	

**Avaliação:** AVALIADOR DIGITAL COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

**DIAGNÓSTICO MÉDICO:** CA DE MAMA

**OBSERVAÇÕES:** COM METÁSTASE ÓSSEA

**QUEIXA PRINCIPAL**

**Dor:** Presente

**Escala Visual Analógica (EVA):** Intensa

**Pontuação:** 8

**OBSERVAÇÕES:** MAMA E, EM FIGADAS INTERMITENTES

**HISTÓRIA DE ALERGIA/REAÇÃO ADVERSA/INTOLERÂNCIA**

**Alergia/reação adversa/intolerância:** Não

**DOENÇAS PRÉVIAS E ATUAIS (COMORBIDADES)**

**Nega doenças:** Sim

**TRATAMENTOS ATUAIS**

**Quimioterapia:** Sim

**OBSERVAÇÕES:** PACLITAXEL A CADA 21 DIAS

**PADRÃO NUTRICIONAL/METABÓLICO**

**Alimentação/nutrição:** Inapetência

**Ingesta hídrica:** Pequena quantidade de líquidos

**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

**Escala de Coma de Glasgow:** Normal

**Consciência**

**Alerta:** Sim

**Orientação**

**Orientado:** Sim

**Comunicação:** Contactante

**Paciente possui alteração na memória?:** Não

**CABECA E PESCOÇO**

**Crânio:** Sem alteração

**Face:** Sem alteração

**Olhos:** Sem alteração

**Cavidade nasal:** Sem alteração

**PELE E MUCOSA**

**Lesionada:** Sim

**OBSERVAÇÕES:** MAMA E

**MOBILIDADE**

**Sem alterações:** Sim

**CABECA E PESCOÇO**

**Crânio:** Sem alteração

**Face:** Sem alteração

**Olhos:** Sem alteração

**Cavidade nasal:** Sem alteração

**PELE E MUCOSA**

**Lesionada:** Sim

**OBSERVAÇÕES:** MAMA E

**MOBILIDADE**

**Sem alterações:** Sim

**ELIMINAÇÕES**

**Eliminações urinárias:** Espontânea

**Eliminações intestinais:** Ausente

**OBSERVAÇÕES:** HA 1 DIA

**PROCEDÊNCIA DO PACIENTE**

**Do domicílio:** Sim

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

**Prioridade:** URGÊNCIA

Atualizar

Database Relatório Impressão Visualizar Novo

FEUP - Centro de Pesquisa Oncológica - NELLE HENRIQUE - RHM 6788 - Associação de Hospitais - 02.370.01 - Hospitais - Hosp

Philips Tasy - Prontuário Eletrônico Paciente - PEP

Sexo: Nascimento: Idade: Leito: Data entrada: PD: Int: 30/04/1943 74a 6m 12d Ent1 LT 20/05/2016 16:07:33 542

Evoluções															
Data	Aterramento	Profissional	Função	Tipo evolução	Especialidade parecer	Setor	Unid	Usuário	Nº consólio	Vinc	Situação	RN	Data Retação	Aval aut	
05/11/2017 14:44:28		482099	Giulei Marina Miranda	Enteiras	Evolução Enteiras			Ent1 LT1	GISELE MIRIA COREN	509532	N	A	N	05/11/2017 14:46:24	N

**Avaliação:** AVALIADOR DIGITAL COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

**DIAGNÓSTICO MÉDICO:** CA DE MAMA  
**OBSERVAÇÕES:** COM METÁSTASE ÓSSEA

**QUEIXA PRINCIPAL**

Dor: Presente  
**Escala Visual Analógica (EVA):** Intensa  
**Pontuação:** 8  
**OBSERVAÇÕES:** MAMA E, EM FISCADAS INTERMITENTES

**HISTÓRIA DE ALERGIA/REAÇÃO ADVERSA/INTOLERÂNCIA**

**Alergia/reação adversa/intolerância:** Não

**DOENÇAS PRÉVIAS E ATUAIS (COMORBIDADES)**

**Nega doenças:** Sim

**TRATAMENTOS ATUAIS**

**Quimioterapia:** Sim  
**OBSERVAÇÕES:** PACLITAXEL A CADA 21 DIAS

**PADRÃO NUTRICIONAL/METABÓLICO**

**Alimentação/nutrição:** Inapetência  
**Ingesta hídrica:** Pequena quantidade de líquidos

**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

**Escala de Coma de Glasgow:** Normal

**Consciência**

**Alerta:** Sim

**Orientação**

**Orientado:** Sim  
**Comunicação:** Contactuante  
**Paciente possui alteração na memória?:** Não

**CABEÇA E PESCOÇO**

**Crânio:** Sem alteração  
**Face:** Sem alteração  
**Olhos:** Sem alteração  
**Cavidade nasal:** Sem alteração

**PELE E MUCOSA**

**Lesionada:** Sim  
**OBSERVAÇÕES:** MAMA E

**MOBILIDADE**

**Sem alterações:** Sim

**CABEÇA E PESCOÇO**

**Crânio** : Sem alteração  
**Face** : Sem alteração  
**Olhos** : Sem alteração  
**Cavidade nasal** : Sem alteração

**PELE E MUCOSA**

**Lesionada** : Sim  
**OBSERVAÇÕES** : MAMA E

**MOBILIDADE**

**Sem alterações** : Sim

**ELIMINAÇÕES**

**Eliminações urinárias** : Espontânea  
**Eliminações intestinais** : Ausente  
**OBSERVAÇÕES** : HA 1 DIA

**PROCEDÊNCIA DO PACIENTE**

**Do domicílio** : Sim

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

**Prioridade** : URGÊNCIA

Evoluções

UpToDate



Detalhe

Relatório

Imprimir

Atualizar

Novo

Salvar

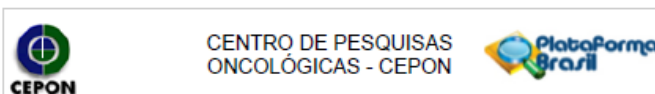
Desfazer

Excluir

Fechar



## ANEXO C: PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliador digital como tecnologia de cuidado de enfermagem para atendimento no ambulatório de intercorrências oncológicas

**Pesquisador:** Alacoque Lorenzini Erdmann

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 66302017.3.3001.5355

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

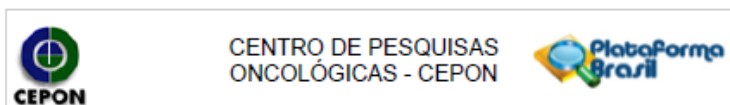
**Número do Parecer:** 2.098.745

#### Apresentação do Projeto:

O progresso da tecnologia veio a corroborar também na área da saúde, visto que dentre os cuidados em saúde prestados ao paciente oncológico, bem como à sua família, o uso das tecnologias tornou-se imprescindível. De grande valia, a tecnologia prima pela melhoria dos serviços de saúde, destacando-se neste estudo o acolhimento ao paciente, um arranjo tecnológico com o intuito de reorganizar o serviço garantindo o acesso aos

usuários proporcionando um atendimento humanizado. O estudo terá como objetivo desenvolver um avaliador digital de atendimento como tecnologia do cuidado de enfermagem para o ambulatório de intercorrências oncológicas – AIO do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON) de Florianópolis – SC. Trata-se de um estudo descritivo de produção tecnológica com validação interna de um avaliador digital, sendo que, para o alcance dos objetivos propostos o estudo caracteriza-se como um Processo de Desenvolvimento de Produto (PDP). Será realizado no Ambulatório de Intercorrências Oncológicas (AIO) do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), contando com a participação da Equipe de Acolhimento do AIO, composta por 7 enfermeiros atuantes, de ambos os sexos, sem limite de idade e dos diferentes turnos, selecionados para a realização dos testes do aplicativo. Far-se-á uso da pesquisa bibliográfica e do questionário, Instrumento Avaliação do protótipo, que será aplicado. Inicialmente,

**Endereço:** Rodovia Admar Gonzaga, 555 - SC 404  
**Bairro:** Itacorubi **CEP:** 88.034-000  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3331-1502 **Fax:** (48)3331-1502 **E-mail:** cep@cepon.org.br



Continuação do Parecer: 2.008.745

será realizada uma reunião, ou seja, três encontros nas dependências da própria instituição, com os enfermeiros participantes do estudo para ser discutido sobre a necessidade e viabilidade da construção do avaliador digital para o melhor atendimento da emergência oncológica do AIO.

**Critério de Inclusão:**

- Enfermeiros com experiência mínima de um (1) ano no serviço.

**Critério de Exclusão:**

- Enfermeiros em licença de qualquer natureza durante o período de coleta de dados.

**Desfecho Primário:**

Desenvolver coletivamente com a equipe de acolhimento do AIO o avaliador digital, implementando o sistema informatizado e padronizado para melhorar a qualidade e humanização do atendimento aos pacientes oncológicos da Instituição de forma qualificada e humanizada.

**Desfecho Secundário:**

Realizar um pré-teste do protótipo do aplicativo com os enfermeiros atuantes no AIO, para facilitar a visualização da acomodação do paciente na Unidade do AIO, qualificando assim a assistência de enfermagem e corroborando com a filosofia de assistência, focada no cuidado humanizado e de qualidade.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Desenvolver um avaliador digital de atendimento como tecnologia do cuidado de enfermagem para o ambulatório de intercorrências oncológicas – AIO do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON) de Florianópolis – SC.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A pesquisa será realizada de modo que se possa diminuir, atenuar ou evitar qualquer possibilidade de risco. Considerando que se trata de uma pesquisa com uso da entrevista sobre o atendimento/cuidado profissional do enfermeiro dispensado aos pacientes da Urgência/Emergência, admite-se a possibilidade de riscos de constrangimento diante das perguntas realizadas na entrevista ou se considerar que as questões possam trazer à tona situações vividas e experiências que lhe causam sofrimento psíquico. No entanto, com relação a

**Endereço:** Rodovia Admar Gonzaga, 655 - SC 404  
**Bairro:** Itacorubi **CEP:** 88.034-000  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3331-1502 **Fax:** (48)3331-1502 **E-mail:** cep@cepon.org.br



CENTRO DE PESQUISAS  
ONCOLÓGICAS - CEPON



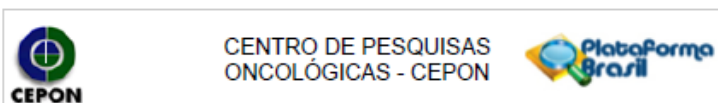
Continuação do Parecer: 2.008.745

estas questões de caráter emocional, espera-se deixá-los confortáveis, evitando constrangimento com alguma pergunta, permitindo que o entrevistado possa deixar de responder à questão, ou se preferir, poderá encerrar a entrevista, sem nenhum prejuízo. O importante é transmitir a confiança da aptidão e disposição do entrevistador, para a realização da substituição de procedimentos que causem desconforto ou risco iminente. Contar-se-á com a supervisão técnica constante da orientadora garantindo um acompanhamento ético dos profissionais dos Comitês de Ética de ambas as instituições das quais fazem parte os pesquisadores. Para minimizar os riscos em relação à divulgação do material e perda do anonimato, tomar-se-á as seguintes medidas: as gravações, transcrições e outros registros serão apenas manuseados pelos pesquisadores e mantidas sob sua guarda por 5 (anos) após o término da pesquisa, conforme a resolução CNS 510/2016 e posteriormente serão destruídas após a defesa da dissertação, ainda que todas elas estejam codificadas de modo que nem mesmo o pesquisador e sua orientadora poderão identificar os profissionais participantes após o encontro realizado.

**Benefícios:**

Partindo-se do princípio de que no Brasil, a triagem estruturada assume a designação de avaliação e classificação de risco, que associada ao acolhimento tem por finalidade identificar os pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, a partir de um atendimento usuário-centrado, evitando dessa forma prática de exclusão, o benefício inicial que se considera seria o da melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde mudando a forma burocrática de entrada por filas e ordem de chegada. Diante do fato de que a superlotação dos Serviços de Emergência nos hospitais públicos brasileiros tem trazido preocupação crescente entre profissionais e gestores da área de saúde, o avaliador digital que ora se propõe, representaria um aumento na resolutividade do enfermeiro frente à assistência, favorecendo o fluxo dos usuários, proporcionando uma otimização tanto de tempo quanto de rendimento no trabalho do enfermeiro, que pode avaliar clinicamente utilizando todo seu potencial à assistência. Outro benefício considera-se que o avaliador digital proposto facilitará a visualização da acomodação dos pacientes no ambulatório de intercorrências oncológicas – AIO do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON) de Florianópolis – SC., agilizando o acolhimento. Por fim, outro benefício seria acrescentar à assistência de enfermagem uma abordagem com embasamento científico aos profissionais atuantes em Unidades de Intorrências Oncológicas, na medida em que prestam cuidados a esta clientela específica, coordenando, orientando ou realizando atividades que devem ser desenvolvidas com competências científicas e de humanização.

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 655 - 9C 404  
 Bairro: Itacorubi CEP: 88.034-000  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3331-1502 Fax: (48)3331-1502 E-mail: cep@cepon.org.br



Continuação do Parecer: 2.068.745

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No projeto do estudo o pesquisador faz as seguintes indagações na esperança que seu projeto de pesquisa as responda: "Diante do exposto, pergunta-se: De que modo pode ser utilizado o acolhimento como tecnologia de cuidado de enfermagem por meio de um avaliador digital de um atendimento em uma emergência oncológica? Como construir um avaliador digital? Como funcionará o sistema informatizado do avaliador digital?"

Porém, não são respondidas essas perguntas, lendo-se o projeto, conclui-se que o que o pesquisador deseja é se reunir com a a equipe de enfermagem do AIO em reuniões para discutir quais os critérios que seriam utilizado no aplicativo do avaliador digital para ajudar essa equipe a atender com qualidade técnica e humanização o paciente do AIO não se utilizando o critério de ordem de chegada, essa fase pareceu entendida, apesar de não muito bem esclarecida no projeto, porém, como seria construído esse avaliador? As informações que tanto beneficiariam o atendimento seriam inseridas no aplicativo pela equipe de triagem? Mas isso já não é feito na própria triagem? Ali já não é definido o atendimento por urgência e não por ordem de chegada? E voltando a questão apresentada pelo próprio projeto: Como funcionará o sistema informatizado do avaliador digital?

Mesmo sem ter os critérios definidos ainda, pois ao que parece, as reuniões com a equipe de enfermagem do AIO seriam exatamente para definir isso, o funcionamento do avaliador, que em segunda fase do estudo teria um protótipo a ser testado por essa equipe e avaliado no questionário apresentado, não é esclarecido também, como vai funcionar esse sistema.

Mesmo o TCLE não é claro o suficiente para o bom entendimento do projeto.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE não é suficientemente claro para o bom entendimento do projeto.

#### Recomendações:

Revisão gramatical no item "Riscos", nesse mesmo item conta a seguinte frase: "No entanto, com relação a estas questões de caráter emocional, espera-se deixá-los confortáveis, evitando constrangimento com alguma pergunta, permitindo que o entrevistado possa deixar de responder à questão, ou se preferir, poderá encerrar a entrevista, sem nenhum prejuízo. O importante é transmitir a confiança da aptidão e disposição do entrevistador, para a realização da substituição de procedimentos que causem desconforto ou risco iminente." Parece que estão falando do questionário a ser aplicado aos enfermeiros na avaliação do protótipo do aplicativo, levando-se em conta as perguntas constantes nesse instrumento essa frase não faz qualquer sentido, principalmente a parte que informa sobre substituição de procedimentos que causem desconforto,

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga,655 - SIC 404  
 Bairro: Itacorubi CEP: 88.034-000  
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
 Telefone: (48)3331-1502 Fax: (48)3331-1502 E-mail: cep@cepon.org.br



CENTRO DE PESQUISAS  
ONCOLÓGICAS - CEPON



Continuação do Parecer: 2.098.745

pergunta-se, qual procedimento? A questão? Substituição pelo que? Recomendo esclarecer. Também recomenda-se esclarecer melhor o que vai ser discutido exatamente nas reuniões com a equipe e como funcionará o teste do protótipo do avaliador digital, tanto nas informações básicas quanto no TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Tendo em vista a aprovação do CEP da UFSC, o fato do CEPON ser apenas co-participante, o que exclui a possibilidade de pendência, e o não oferecimento de riscos aos participantes por parte do projeto, considera-se esse aprovado com as recomendações acima.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Qualquer alteração ao projeto original deverá ser imediatamente submetida ao CEP, para análise e aprovação. Relatórios semestrais deverão ser encaminhados ao CEP.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_848657.pdf	23/03/2017 22:03:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_AMARILDO.pdf	23/03/2017 22:02:56	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/03/2017 22:02:39	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Anuencia_CEPON.pdf	23/03/2017 21:52:43	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	23/03/2017 21:52:27	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

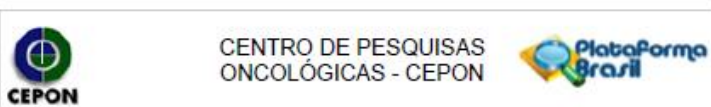
Não

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga,655 - SC 404

Bairro: Itacorubi CEP: 88.034-000

UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3331-1502 Fax: (48)3331-1502 E-mail: cep@cepon.org.br



Continuação do Parecer: 2.008.745

FLORIANOPOLIS, 04 de Junho de 2017

---

Assinado por:  
Luiz Roberto Medina dos Santos  
(Coordenador)

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 655 - SC 404  
Bairro: Itacorubi CEP: 88.034-000  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3331-1502 Fax: (48)3331-1502 E-mail: cep@cepon.org.br