

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM  
ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E  
SOCIEDADE**

**IVONE ROSINI**

**PROTOCOLO DE CUIDADO A CLIENTES  
SUBMETIDOS À PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA  
DE MAMA E TIREOIDE**

**Florianópolis - SC  
2011**



**IVONE ROSINI**

**PROTOCOLO DE CUIDADO A CLIENTES  
SUBMETIDOS À PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA  
DE MAMA E TIREOIDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título Mestre em Enfermagem Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Nádia Chiodelli Salum

Linhas de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

**FLORIANÓPOLIS - SC  
2011**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária  
da  
Universidade Federal de Santa Catarina

R821p Rosini, Ivone

Protocolo de cuidado a clientes submetidos à punção aspirativa por agulha fina de mama e tireoide [dissertação] / Ivone Rosini ; orientadora, Nádia Chiodelli Salum. - Florianópolis, SC, 2011.  
193 p.: il.

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

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Protocolos médicos. 3. Biopsia por agulhas. 4. Educação em saúde. I. Salum, Nádia Chiodelli. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

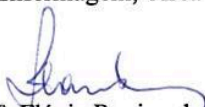
**IVONE ROSINI**

**PROTOCOLO DE CUIDADO A CLIENTES  
SUBMETIDOS À PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA  
DE MAMA E TIREOIDE**

Esta Dissertação foi submetida ao processo e avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**MESTRE PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO EM  
ENFERMAGEM**

E aprovada em 25 de novembro de 2011, atendendo as normas de legislação vigente na Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



Profª. Drª. Flávia Regina de Souza Ramos  
Coordenadora do Programa

**Banca examinadora:**



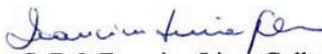
Profª. Drª. Nádía Chiodelli Salum  
Presidente



Profª. Drª. Lucia Amante de Souza  
Membro



Profª. Drª. Eliane Matos  
Membro



Profª. Drª. Francine Lima Gelbcke  
Membro



## AGRADECIMENTOS

Ao concluir esse estudo fui tomada por sentimentos diversos.

Alegria por finalizar e atender o propósito estabelecido e, ao mesmo tempo, compreender que se trata de um aprendizado e, como tal, não termina aqui, pelo contrário, indica o início da jornada!

Felicidade por perceber que a meia idade não é empecilho para a criação, desenvolvimento e conclusão de projetos e que a única barreira que nos impede de nos re-inventarmos somos nós mesmos.

Tristeza pelo distanciamento dos colegas nos encontros em sala de aula, que demonstravam toda a vivacidade peculiar aos “jovens” que iniciam suas carreiras estudantis em bancos escolares.

Um imenso e profundo sentimento de gratidão a todos aqueles que, em qualquer momento, de qualquer forma, estiveram envolvidos com esse projeto, em especial aos clientes que possibilitaram, com sua participação, a concretização desse estudo: meu carinho e minha eterna gratidão a todos.

Esse projeto não é obra do acaso, é fruto da percepção e da certeza do quanto nós, profissionais, podemos e devemos nos envolver com o outro, com o ser humano a quem dirigimos os cuidados inerentes à profissão que escolhi: ser enfermeira.

Esse trabalho foi executado, em princípio, por quatro mãos, mas tantos foram os pares de olhos que o percorreram, opinando, revisando, auxiliando, idealizando, num ir e vir capazes de produzir acordes musicais nos teclados do computador!

Assim, inicio os agradecimentos dirigindo-me a esse grupo de doutores enfermeiros que não mediram esforços e viabilizaram a implantação do Projeto de Mestrado Profissional, desenvolvido em parceria entre a Diretoria de Enfermagem do HU e o Departamento de Enfermagem da UFSC. Estendendo agradecimentos a todos os professores que dedicaram seu tempo em ministrar aulas a essa primeira turma do Mestrado Profissional.

Agradeço ainda aos professores que compuseram a banca: Dra Kenya, Dra Eliane, Dra Francine, Dra Lúcia e doutoranda Patricia, que disponibilizaram seu tempo para ler, analisar, refletir e contribuir para o enriquecimento deste trabalho;

Minha eterna gratidão à Dra Nádia Chiodelli Salum, orientadora, que soube conduzir, iluminar e abrilhantar esse trabalho;

À Direção Geral/HU e Diretoria de Apoio Assistencial /HU, que apoiaram esse projeto;

Ao Dr. Luiz Felipe Nobre e aos demais médicos e residentes da Radiologia, por possibilitar, incentivar e auxiliar a realização desse trabalho;

Aos médicos do Serviço de Anatomia Patológica, em especial às Dra Lee, Dra Joyce, Dra Laiza, e aos demais médicos e residentes que colaboraram com o estudo;

À Isabel, minha querida amiga e colega de trabalho: a sua disposição em abraçar a causa me emociona! Contabilizou tantas horas dedicadas à participação, construção e avaliação, que será impossível retribuir à altura. Obrigada sempre!

Aos colegas do Serviço de Radiologia: Brasília, Grasiela, Carmem, Julia, Neide, Sabrina, Salésio, Reginaldo, Nani e Gonçalo, que se dispuseram a ouvir, colaborar e participar de tantas formas e com tanto carinho;

Às meninas do Serviço de Anatomia Patológica, Ana e Eliete, obrigada por abraçarem a causa;

Gorete, você sempre gentil e disponibilíssima, com voz doce auxiliando e orientando as buscas nas bases de dados, nos artigos não encontrados, obrigada!

Realizo agradecimento especial ao Dr. Jean Franco, incentivador desse projeto desde o seu início.

A minha mãe Lydia e ao meu pai Olegario (in memoriam), por oportunizarem a minha vinda a esse mundo, e argumentarem sempre que *“o estudo é o bem mais valioso que eu posso oferecer pra você!”* Nilton, meu irmão, obrigada!

Aos meus filhos, Diego e Alessandra, que apoiaram incondicionalmente essa iniciativa. Diego, distante territorialmente, mas sempre presente e interessado. Ale você se transformou num anjo da guarda com varinha de condão.

Às minhas irmãs de alma e de caminhada terrena: Carin, Soraya, Ilza, Xinha, Tere e Katya, a você em especial, por tantas horas dedicadas! Que nossa amizade e apoio mútuos e incondicionais perdurem por muitas encarnações. Ah, Scarduelli, você faz parte desse grupo!

Nominar é preciso, esquecer é humano. O universo de pessoas envolvidas nesse projeto é incontável. Assim, se por ventura esqueci-me de nomear algum colaborador, perdoe-me, e tenha a certeza da minha eterna gratidão!



ROSINI, Ivone. **Protocolo de cuidado à clientes submetidos à Punção Aspirativa por Agulha Fina de mama e tireoide**. 2011. 193f. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

## RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa tipo convergente assistencial. Teve como objetivo construir um protocolo de cuidado a clientes submetidos à Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) de mama e tireoide. A pesquisa foi realizada no Serviço de Radiologia de um hospital de ensino do sul do país. A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2010 a abril de 2011, desenvolvida em 10 encontros com os clientes agendados para a realização de PAAF e 2 encontros com os profissionais da equipe de saúde envolvidos na realização da PAAF. A construção do protocolo de cuidado deu-se fundamentado em três perspectivas: nas informações, questionamentos e expectativas adquiridas junto aos clientes em sala de espera, nos encontros com os profissionais da equipe de saúde e nas evidências científicas encontradas na literatura. Com os clientes foram realizados 10 encontros em sala de espera, obtendo a participação de 88 clientes, com o propósito de identificar os sentimentos, expectativas e dúvidas diante da realização da PAAF. Em relação aos sentimentos e expectativas dos clientes se constatou a percepção do medo diante da realização do procedimento e ao diagnóstico; o câncer apontado como estigma de doença ruim e a educação em saúde através da sala de espera como possibilidade para o enfrentamento do processo vivido. A partir da percepção dos clientes, concretizou-se o primeiro encontro com os profissionais para apresentação e discussão dos dados encontrados. Configurada essa etapa, iniciou-se a formatação do protocolo onde foram explicitadas todas as atividades que envolviam o processo de PAAF, situando nesse momento, a organização das ações por sequência de acontecimentos, identificando o profissional a quem é designada a responsabilidade pela execução da ação e a justificativa da ação baseada em evidências científicas. Nesse sentido, o protocolo foi elaborado baseado em evidências científicas, conhecimento da equipe de saúde envolvida com o procedimento, leis, portarias e normatizações da Instituição. A construção do protocolo de forma interdisciplinar propiciou a equipe de saúde conhecer, refletir e opinar acerca de todo o processo que envolve a realização da PAAF, desde o ingresso do cliente no Serviço de

Radiologia, assim como a trajetória por ele percorrida até o momento da sua liberação do serviço. Oportunizou-se, desta forma, o compartilhamento de informações, a socialização do conhecimento em todas as etapas que envolvem a PAAF, o estreitamento das relações profissionais, culminando na aprovação do Protocolo de Cuidados aos Clientes Submetidos à PAAF. Justifica-se a relevância do estudo por ser um campo de atuação pouco explorado e que vem crescendo em virtude do grande número de casos de câncer identificados mundialmente, sinalizando a necessidade de ampliar ações educativas que preparem os clientes para a exploração diagnóstica, bem como abrir espaço de atuação do enfermeiro no Serviço de Radiologia.

**Palavras-Chave:** Protocolo. Enfermagem. Biopsia aspirativa por agulha fina. Educação em saúde.

**ROSINI, Ivone, Care protocol for clients undergoing breast and thyroid Fine Needle Aspirating Puncture.** 2011. 193p. Dissertation (Professionnal Master in Nursing Care Management) - Post Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2011

## **ABSTRACT**

This study consisted of qualitative assistential convergent research with the objective of building a protocol for the care of clients submitted to fine needle aspiration puncture (FNAP). The research was conducted in the Radiology Service of a hospital in the south of the country - and was approved by the Institution's Research Ethics Committee. Data collection was conducted between September 2010 and April 2011, over 10 meetings with clients scheduled for FNAP and two meetings with health team professionals involved in the conduction of FNAP. Protocol construction was based on three perspectives: client-related information, queries and expectations obtained in the waiting room; meetings with health team professionals; and scientific evidence found in the literature. The client stage included 10 meetings with 88 clients in the waiting room, which aimed at identifying their feelings, doubts and expectations for the FNAP exam. In relation to the clients' feelings and expectations, fear of both the proceedings and the diagnosis was observed; cancer was reported as a bad disease, and health education in the waiting room was reported as a possibility for coping with the process. The first meeting with health professionals was held based on these data, with the presentation and discussion of the elements encountered. Protocol formatting began once this stage had been configured: all the activities involved in the FNAP process were made explicit with the organization of actions according to the sequence of events, identifying the professional responsible for executing the action. At the end of this stage, specialized scientific literature that could gauge scientific level evidence was consulted. In this regard, the protocol was elaborated based on scientific evidence, on the knowledge of the health team involved in the procedures and on the Institution's laws, ministerial orders and standardizations. The building of the protocol in an interdisciplinary manner enabled the health team to learn the entire FNAP-conducting process, from the moment the client enters the Radiology Service until the moment he is released, to reflect on it and to express their opinions. Information sharing and socialization of

knowledge in all stages involving FNAP was thus possible, with improved professional relationships and the approval of the care protocol to clients subjected to FNAP. The present study is justified because studies in this field are still limited but have been on the increase due to the large number of cancer cases identified worldwide, signalling the need to expand educational actions that prepare clients for diagnostic exploration, in addition to opening spaces for the nurse's action in the Radiology Service.

**Key Words:** Protocol. Nursing. Fine needle aspiration biopsy. Health education.

**ROSINI, Ivone. Protocolo de atención a clientes sometidos a Punción Aspirativa con Aguja Fina de mama y tiroides.** 2011. 1932 p. Diceración (Máster Profesional en Gestión de la Atención en Enfermería) - Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011

## **RESUMEN**

Investigación convergente asistencial de naturaleza cualitativa que objetivó construir un protocolo de cuidado a clientes sometidos a punción aspirativa por aguja fina (PAAF). La pesquisa fue realizada en el servicio de radiología de un hospital aspirativa país, y fue aprobada por el Comité de Ética en Pesquisa de la Institución. La cosecha de datos fue realizada en el periodo desde septiembre 2010 hasta abril 2011, desarrollada en 10 encuentros con los clientes programados para la realización del PAAF y dos encuentros con los profesionales del equipo de salud envueltos en la realización de la punción aspirativa por aguja fina. La construcción del protocolo de cuidado fue fundamentada en tres perspectivas: en las informaciones, dudas y expectativas adquiridas junto a los clientes en el salón de espera, en los encuentros con los profesionales del equipo de salud y en las evidencias científicas encontradas en la literatura. En la etapa desarrollada junto a los clientes fueron realizados 10 encuentros con 88 clientes en forma de salón de espera, con el objetivo de identificar los sentimientos, expectativas y dudas ante la realización de la PAAF. Con relación a los sentimientos y expectativas de los clientes se constató la percepción del miedo ante la realización del procedimiento y al diagnóstico; el cáncer apuntado como estigma de mala enfermedad y la educación en salud a través del salón de espera como posibilidad para el enfrentamiento del proceso vivido. Con base en esos datos, se concretizó el primero encuentro con los profesionales para la presentación y discusión de los elementos encontrados. Configurada esta etapa, se inició el formateo del protocolo en el cual se explicitaran todas las actividades que envolvían el proceso de Punción Aspirativa por Aguja Fina, situando en ese momento la organización de las acciones por secuencia de acontecimientos, identificando el profesional a quien es designada la responsabilidad por la ejecución de la acción. Concluida esa fase, se realizó la incursión en literatura científica especializada que evaluase nivel de evidencia científica. En ese sentido, el protocolo fue elaborado con base en evidencias científicas, conocimiento del equipo de salud envuelto con el procedimiento, leyes, decretos y estandarizaciones de la Institución. La

construcción del protocolo de manera interdisciplinaria propició al equipo de salud conocer, reflexionar y opinar acerca de todo el proceso que envuelve la realización de la PAAF, desde su ingreso en el Servicio de Radiología, así como la trayectoria recorrida por él hasta el momento de su liberación por el servicio. De esta manera se oportunizó la compartición de informaciones, la socialización del conocimiento en todas las etapas que envuelven la PAAF y la aproximación de las relaciones profesionales, culminando en la aprobación del protocolo de cuidados a los clientes sometidos a punción aspirativa por aguja fina. La relevancia del estudio es justificada por ser un campo de actuación poco explorado que crece en virtud del grande número de casos de cáncer identificados mundialmente, señalando la necesidad de ampliar acciones educativas que preparen los clientes para la exploración diagnóstica, bien como abrir espacio para la actuación del enfermero en el Servicio de Radiología.

**Palabras-Clave:** Protocolo. Enfermería. Biopsia aspirativa por aguja fina. Educación en salud.

## LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ACR	Colégio Americano de Radiologia
BPA-I	Boletim de Produção Ambulatorial - Individualizado
CBR	Colégio Brasileiro de Radiologia
BI-RADS	Breast Imaging Reporting and Data® System
DCNT	Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não transmissíveis
DG	Direção Geral
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HU	Hospital Universitário
IARC/OMS	Agência Internacional de Pesquisa em Câncer/Organização Mundial de Saúde
INCA	Instituto Nacional do Câncer
ISO	International Organization for Standardization
NOB's	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAAF	Punção Aspirativa por Agulha Fina
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
RAO	Rede de Atenção Oncológica
SAP	Serviço de Anatomia Patológica
SES	Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
SISMAMA	Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama
SISREG	Sistema de Regulação on line
SRX	Serviço de Radiologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
WHO	World Health Organization





## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Linha de cuidado no câncer.....	<b>37</b>
<b>Figura 2</b> - Fluxograma de atendimento do cliente submetido à PAAF de mama e tireoide .....	<b>113</b>



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 - Distribuição das manifestações de dúvidas dos clientes em relação à PAAF, 2011. ....</b>	<b>110</b>
--	------------



## SUMÁRIO

<b>LISTA DE SIGLAS.....</b>	<b>13</b>
<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>15</b>
<b>LISTA DE QUADROS .....</b>	<b>17</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>29</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	29
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	29
<b>3 A TEMÁTICA DO ESTUDO.....</b>	<b>31</b>
3.1 O CÂNCER E SUAS CONSEQUÊNCIAS NO PROCESSO DE VIVER.....	31
3.2 EXAMES DIAGNÓSTICOS .....	33
3.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....	38
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>49</b>
<b>5 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>63</b>
5.1 TIPO DE PESQUISA.....	63
5.2 LOCAL DO ESTUDO .....	65
5.3 SUJEITOS DO ESTUDO .....	66
5.4 COLETA DE DADOS .....	67
5.5 DESENVOLVIMENTO DO PROTOCOLO DE CUIDADOS .....	67
<b>5.5.1 Realização de sala de espera.....</b>	<b>68</b>
<b>5.5.2 Elaboração da proposta de protocolo de cuidados.....</b>	<b>71</b>
<b>5.5.3 Validação do protocolo .....</b>	<b>72</b>
5.6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS .....	73
5.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	74
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>75</b>
6.1 MANUSCRITO 1: EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO SERVIÇO DE RADIOLOGIA: ORIENTAÇÕES PARA PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA DE MAMA E TIREÓIDE.....	75
6.2 MANUSCRITO 2: PROTOCOLO DE CUIDADOS PARA PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA DE MAMA E TIREOIDE (PAAF).....	102

<b>7</b>	<b>PROTOCOLO DE CUIDADOS A CLIENTES SUBMETIDOS À PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA DE MAMA E TIREÓIDE .....</b>	<b>127</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>149</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>153</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>177</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>191</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Iniciei minhas atividades como enfermeira no Hospital Universitário Polydoro de São Thiago em 1985. Até o ano de 2002, trabalhei como enfermeira assistencial em unidades de internação e também desenvolvi atividades de gerenciamento nesses locais. Após processo de seleção, passei a atuar como enfermeira no Serviço de Radiologia, onde estou lotada até o momento; sendo a única enfermeira desse setor.

A atuação do enfermeiro no Serviço de Radiologia está vinculada à assistência prestada aos clientes antes, durante e após a realização de exames. Também faz parte do rol das atribuições do enfermeiro a organização do ambiente, a provisão dos materiais e medicamentos indispensáveis à realização do cuidado, o planejamento e a administração da assistência de enfermagem aos clientes que procuram este Serviço.

A atuação do enfermeiro no Serviço de Radiologia nesta Instituição está vinculada à realização de exames. Tenho percebido, ao longo dos últimos dez anos, que a assistência prestada pelo enfermeiro depende das condições físicas e emocionais do cliente e da complexidade do exame realizado. Em não havendo diretrizes que pautem a atuação do enfermeiro nessa área, tenho, ao longo desse período, procurado atuar nos exames mais complexos.

Dessa forma, o atendimento ao cliente agendado para a realização de Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) de mama e tireoide encontra-se, circunstancialmente, entre as atividades mais complexas, pois, trata-se de um procedimento invasivo que requer acolhimento, orientação e esclarecimento de dúvidas relacionadas ao exame. A utilização da PAAF enquanto procedimento diagnóstico apresentou crescimento nesses últimos anos, sendo o Hospital Universitário (HU) responsável pela realização, em média, de 12 exames semanais, a clientes encaminhados de diversos pontos da rede Estadual de Saúde.

Ao desempenhar meu trabalho como enfermeira, auxiliando nos procedimentos de punção, observei que a realização dos mesmos suscita nos clientes expectativas e sentimentos de angústia, receio, sofrimento e ansiedade, estando na maioria das vezes relacionados à falta de informações acerca do exame. O meu envolvimento com o procedimento possibilitou a percepção de um déficit na abordagem aos clientes que procuram o Serviço para realizar os procedimentos invasivos de PAAF de tireoide e mama.

Estabeleci, então, um processo de orientação assistemática bastante simples, em que abordava, individualmente, os clientes agendados e descrevia o procedimento e a técnica que seriam executados. Questionava quais suas preocupações, expectativas e quais as informações já recebidas. Nesse momento, solicitava a leitura e assinatura do Termo de Consentimento para a realização do exame, conforme rotina estabelecida pelo setor, por tratar-se de procedimento invasivo.

Percebi durante as orientações, a presença de sentimentos de temor e ansiedade relacionados ao procedimento, expressados de forma tão evidente e freqüente quanto ao temor frente à possibilidade de um resultado positivo para malignidade.

À medida que minha comunicação e interação com o cliente se aprofundavam, suas fragilidades tornavam-se mais evidentes, exigindo um local adequado para o cuidado, bem como, a disponibilidade de profissional para esse atendimento. Refletindo a respeito das informações que obtinha e das reações apresentadas pelos clientes e familiares, passei a questionar de que forma poderia construir bases para uma atenção de enfermagem a esses clientes, que contemplassem os aspectos técnicos e éticos que garantissem um cuidado humanizado e de qualidade.

A possibilidade de desenvolver um câncer ou estar aguardando a confirmação do diagnóstico acarreta, nos indivíduos e sua família, vários transtornos de ordem emocional, física e espiritual. Nesse sentido, Salci e Marcon (2009, p. 559) afirmam:

[...] que o câncer tem como características a longa permanência, a possibilidade de recidiva e necessidade de intervenção, às vezes é natural que a sua ocorrência altere o contexto familiar, visto que expõe todos os membros a uma maior vulnerabilidade.

A incidência do câncer no mundo vem aumentando de forma significativa. A preocupação com a doença é demonstrada por meio das inúmeras pesquisas abordando o tema. Embora o surgimento das doenças não tenha uma causa única, os estudos realizados por La Vecchi (2009), Yeon et al. (2011), INCA (2011), Inumar; Silveira e Naves, (2011), afirmam que o adocimento está relacionado ao modo de viver das pessoas associado aos fatores de risco aos quais estão expostos, tais como: dieta inadequada, inatividade física, riscos ambientais,



contaminação por alguns tipos de vírus, genética, entre outros. Além desses fatores, a forma como o indivíduo se insere no espaço social e com ele se relaciona são determinantes para o adoecimento. Estes fatores são apontados como desencadeadores do processo patológico e, a partir daí, definem diferentes riscos de adoecer e morrer (INCA 2011).

Acredita-se, portanto, que mesmo não tendo total conhecimento sobre o mecanismo causal do câncer, do ponto de vista da saúde pública, a identificação de apenas um componente pode ser suficiente para grandes avanços na sua prevenção, a partir da escolha de medidas preventivas (INCA, 2006).

É imprescindível que o indivíduo tenha conhecimento dessas informações, das formas de prevenção e detecção precoce do câncer, para que possa cuidar de si mesmo. Estudos defendem a premissa de que quanto mais cedo for diagnosticado o câncer, maiores serão as chances de cura, a sobrevida e a qualidade de vida do cliente (INCA, 2006, La Vecchia 2009). Portanto, estabelecer ações educativas com o objetivo de promover e prevenir o adoecimento, habilitando o indivíduo a gerenciar seu próprio processo de saúde torna-se premente.

A magnitude da situação levou as autoridades a considerarem o câncer uma problema de saúde pública, estabelecendo a implementação de ações conjuntas entre o Governo brasileiro e a sociedade, resultando na instituição da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), por meio da portaria 2.439-8/12/2005 - MG/MS. Essas ações estão voltadas para a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos da doença (BRASIL, 2005).

O Brasil, nos últimos anos vem apresentando um processo de transição epidemiológica determinado por mudanças nas causas de morbimortalidade, associados às transformações demográficas, sociais e econômicas. O câncer é apontado como uma das doenças não transmissíveis que contribui para essa alteração, o que demanda dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) a atenção adequada aos clientes.

Os dados apresentados pela Agência Internacional para Pesquisa em Câncer IARC/OMS (World Cancer Report 2008) estimam para os anos de 2010/2011, 7,6 milhões de mortes causadas por câncer e 12,4 milhões de casos novos diagnosticados. Dentre os tipos mais frequentes encontram-se os tumores de pulmão e próstata (902 mil casos novos 543 mil respectivamente) para o sexo masculino; dentre as maiores ocorrências para o sexo feminino estão os tumores de mama e do colo de útero (1 milhão de casos novos e 471 mil respectivamente). Em Santa Catarina, para o mesmo período, foram previstos o surgimento de

19.130 casos novos de câncer por 100 mil habitantes (INCA, 2009).

A literatura aponta como fatores de risco para o câncer de mama a predisposição genética, menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia, e a terapia de reposição hormonal. Todas essas são causas bem estabelecidas para a maior frequência de câncer de mama em mulheres até 50 anos. Após esta idade, a frequência é menor e está associada à menopausa (INCA, 2011).

No caso específico do câncer de mama, o Ministério da Saúde estabeleceu ações que foram implementadas junto à rede básica de saúde visando o rastreamento e a detecção precoce da doença em mulheres assintomáticas e para as que são consideradas de risco, por meio do exame de mamografia (INCA, 2007).

O câncer de tireoide não apresenta incidência tão elevada quando comparado às neoplasias acima citadas, porém tem registrado um aumento significativo em sua incidência nos últimos anos. Os dados divulgados pelo projeto GLOBOCAN apontavam, em 2008, a incidência de 1,5% de casos novos, e mortalidade de 0,3% para os homens; para as mulheres, os dados assinalavam a incidência de 4,7% de casos novos e mortalidade de 0,6% (IARC/OMS, 2008). A incidência do câncer de tireoide é maior em mulheres, na proporção de 5,5 por 100 mil mulheres, com maior concentração nas regiões mais desenvolvidas como a América do Norte e Europa. Já nos lugares menos desenvolvidos, como a África e América do Sul, a incidência é menor: 2,6 em 100 mil (COELI et al., 2005).

Os fatores de risco associam a taxa de irradiação (acidentes como o de Chernobyl e irradiação utilizada para tratamento), como responsável pelo desenvolvimento da doença localizada na tireoide. O aumento da ingestão de iodo também surge enquanto fator desencadeante, porém com ressalvas. A presença de doenças benignas prévias, bem como fatores genéticos, é apontada como causa provável (COELI et al., 2005).

O avanço tecnológico tem auxiliado de forma significativa para a elucidação diagnóstica, tanto nos exames laboratoriais quanto no setor de imagens, o que tem contribuído no processo de descoberta precoce de câncer. Entretanto, faz-se necessário que a tecnologia seja compreendida não apenas como um aparato quando utilizada na produção do conhecimento, educação ou avaliação diagnóstica, mas como um meio de aproximação entre profissionais e clientes.

A literatura pesquisada ressalta a relevância do exame ultrassonográfico (USG) enquanto meio diagnóstico, pois este permite a

detecção de nódulos, sua avaliação morfológica, além de dimensionar a extensão da doença. Assim, o exame ultrassonográfico é utilizado como um complemento ao exame de mamografia, pois representa auxílio importante em situações específicas (INCA, 2007).

Em casos em que as imagens de USG apresentam lesões suspeitas, é indicada a coleta de material da lesão por meio da PAAF, com o intuito de possibilitar o estudo citopatológico (KIM et al., 2008). Esse procedimento pode ser auxiliado por aparelhagem específica (ultrassonografia, tomografia), que permite o acompanhamento de todo o procedimento através das imagens produzidas no monitor do equipamento, durante a execução do exame.

Nas últimas décadas, a confiança na PAAF cresceu significativamente, emergindo como um procedimento diagnóstico direto e preciso na abordagem da doença nodular tireoidiana e de mama, obtendo aceitação mundial (SOUZA et al., 2004; CAMARGO et al., 2007; MAIA et al., 2007; KARIMZADEH, SAUER 2008; FRANKEL et al., 2011).

No entanto, apesar de todo o progresso tecnológico disponível para a resolutividade, assim como, a disponibilização de sistemas de apoio para as decisões clínicas, percebe-se um *déficit* existente entre a utilização desses aparatos, a acessibilidade da população e a realização de um cuidado humanizado dispendido ao cliente sob investigação. Há, ainda, um caminho a ser percorrido pelos profissionais de saúde envolvidos com o processo de diagnóstico na adoção de mecanismos voltados, sobretudo, à comunicação e orientação desse cliente. Nesse sentido é importante ressaltar que a enfermagem, bem como os demais profissionais de saúde, devem estar preparados para a utilização dos diversos e sofisticados tipos de tecnologia disponíveis, sem, no entanto, esquecer que estas não podem substituir o contato humano no cuidado em saúde (RODRIGUEZ et al., 2009).

Embora o emprego da PAAF encontre-se disseminado em grande parte das instituições de saúde, chamo a atenção para a presença de uma lacuna no que tange à atenção ao cliente submetido à PAAF de mama e tireoide, que chegam ao Serviço de Radiologia/HU. Esses, na maioria das vezes, chegam com pouca ou nenhuma informação, ou ainda, em outras situações, com conhecimentos distorcidos acerca do exame, sua indicação, localização e resultados. O convívio com esses clientes, enquanto profissional que atua no Serviço, me permite entrar em contato com seus temores e dúvidas diante do procedimento, seus sofrimentos, incertezas e ansiedades inerentes à possibilidade de um diagnóstico de câncer. Assim, a prática profissional do Enfermeiro deve abranger a

utilização de tecnologias disponíveis, sejam elas tecnologias materiais (equipamentos) ou relacionais (acolhimento, orientação), de forma consciente e competente. Diante dessa realidade, o enfermeiro dispõe de espaço privilegiado para reduzir esse distanciamento entre o saber científico e o saber popular, por meio de “princípios de diálogo,” em que ambos são sujeitos e interagem simultaneamente, alcançando os propósitos estabelecidos pela prática educativa (DAVID; ACIOLI, 2010 p.130).

A prática educativa desenvolvida nesse ambiente é direcionada às ações pontuais determinadas pela prática curativista, muito provavelmente porque o momento assim o exige. É ainda influenciada pela recente inserção do enfermeiro nos Serviços de Radiologia, cuja atuação encontra-se em construção, e surge a partir da inclusão de exames complexos, procedimentos invasivos, entre outros. Entretanto, a mudança da prática no trabalho em saúde nesses serviços está vinculada ao desenvolvimento de ações integradas entre os diversos profissionais e à construção de instrumentos capazes de abarcar a atenção ao cliente que utiliza o serviço em suas múltiplas necessidades.

A ação educativa, sob a ótica da prevenção enquanto comportamentos a serem assumidos para o cuidado de si mesmo, estão relegados a um segundo plano já que, na maioria dos casos, o primeiro contato com o cliente é realizado no momento que antecede o procedimento, exigindo, dessa forma, focar o cuidado para o exame em si.

A literatura disponível nessa área específica, em sua maioria, está voltada aos procedimentos técnicos da realização dos exames, sendo os aspectos emocionais e educativos que envolvem o processo de descoberta do diagnóstico, pouco explorados. Assim, a necessidade de orientação e desenvolvimento de atenção humanizada ao cliente no Serviço de Radiologia está sob a responsabilidade dos profissionais que ali atuam.

Frente a essa situação torna-se evidente a fragilidade do cuidado diante da ausência de um guia estabelecido para direcionar a ação dos profissionais. Essa estratégia possibilitaria a definição dos atos e atores envolvidos no processo. Permitiria, ainda, a existência de um espaço para elucidação das dúvidas e receios dos clientes frente a um momento tão delicado.

Refletir sobre esses aspectos colocou-me diante da necessidade de elaboração de um protocolo de cuidados voltado à atenção do cliente submetido à PAAF que pudesse direcionar as atividades dos profissionais envolvidos com o procedimento. A desinformação, a

aflição e a falta de cooperação interferem de forma significativa no momento do exame, chegando, inclusive, a levar à suspensão do mesmo, o que traz conseqüências negativas para a elaboração do diagnóstico e o início do tratamento.

Acredito, portanto, que estabelecer uma forma apropriada de comunicação, permitindo a expressão dos sentimentos dos clientes que procuram o Serviço de Radiologia para a realização de Punção Aspirativa por Agulha Fina de mama e tireoide pode contribuir para melhorar a qualidade do exame, segurança do cliente e minimizar as suas angústias e temores. Essa é uma das competências do enfermeiro dessa área e sua atuação é de fundamental importância, pois esse profissional tem a oportunidade de estabelecer um processo dinâmico ao interagir e promover um elo de confiabilidade entre ambos, facilitando a expressão de sentimentos vivenciados frente ao desconhecimento do procedimento e à incerteza do diagnóstico.

Dessa forma, a utilização de protocolos de assistência e o correto planejamento das ações de saúde possibilitam o desenvolvimento de ações preventivas e de intervenção junto aos clientes submetidos à PAAF, direcionadas à abordagem tanto dos aspectos éticos do procedimento, quanto dos aspectos de acolhimento do cliente no Serviço, norteando assim, a organização das ações de cuidado, melhorando a efetividade da qualidade de assistência constituindo-se, portanto, em um instrumento eficaz. Campillo-Artero (2005, p. 3) afirma que as diretrizes clínicas, os protocolos, os programas ou planos são meios para a promoção da mudança que é a alteração de qualquer parte da realidade, com o objetivo de atingir algum “resultado fixo, e não fins em si mesmo”.

Quando da necessidade de repensar o cuidado direcionado e diferenciado a esses clientes, com o objetivo de assegurar um cuidado de qualidade, humanizado e livre de riscos, um dos desafios a ser tranposto foi a constatação da escassez de material bibliográfico que proporcionasse a sustentação científica para as ações a serem executas.

Diante do exposto, delimito como problema de pesquisa: Que aspectos devem ser contemplados para compor um protocolo de cuidados aos clientes submetidos à Punção Aspirativa por Agulha Fina de mama e tireoide em um Serviço de Radiologia, com vistas a favorecer o cuidado humanizado a esses clientes?



## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um protocolo de cuidados a clientes submetidos à Punção Aspirativa por Agulha Fina de mama e tireoide com vistas a favorecer o cuidado humanizado a esses clientes do Serviço de Radiologia.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Levantar as expectativas, medos e dúvidas dos clientes acerca do procedimento de Punção Aspirativa por Agulha Fina de mama e tireoide, por meio de um processo educativo em sala de espera, para obter indicativos para a construção de um protocolo de cuidado;
- Refletir com os profissionais da equipe de saúde acerca dos indicativos expressos pelos clientes com vistas à construção de um protocolo de cuidado humanizado ao cliente submetido à PAAF.
- Elaborar o Protocolo de Cuidado a Clientes Submetidos à PAAF de Mama e Tireoide.





### 3 A TEMÁTICA DO ESTUDO

#### 3.1 O CÂNCER E SUAS CONSEQUÊNCIAS NO PROCESSO DE VIVER

Adoecer é singular e cada indivíduo o vivencia de acordo com suas crenças e valores. A expectativa de uma confirmação diagnóstica de câncer traz em seu bojo o estigma da morte, em que o adoecer é uma experiência única, uma experiência de desordem, que adquire um sentido específico no momento existencial. Geralmente é vista como destruidora e sentida pelas pessoas como um castigo, como uma punição, porque envolve sentimentos difíceis de serem administrados, no qual o indivíduo, na maioria das vezes, sente-se inadequado, ameaçado, afastando-se de seu grupo e enfrentando a solidão (MALUF; MORI; BARROS, 2005; GIANINI, 2007; VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

Nesse sentido, “o diagnóstico de câncer é considerado uma situação indesejada e não esperada, não faz parte da programação de vida das pessoas. Para quem está bem, adoecer é algo difícil de acreditar que possa acontecer, ainda mais se a doença for câncer” Silva (2005, p. 7).

O processo de desenvolvimento do câncer, na maioria das vezes, é lento e se dá por meio de um dano causado em um, ou em um grupo de genes de uma célula, que irão progredir em seu desenvolvimento, conforme a exposição aos efeitos cumulativos de diferentes agentes cancerígenos ou carcinógenos. No momento em que o sistema imunológico falhar na destruição e limitação dessas células anormais, elas apresentam uma progressão descontrolada e desorganizada, dando origem ao tumor (INCA 2011).

Apesar dos avanços tecnológicos na prevenção e tratamento do câncer, ele ainda aparece como a 2ª causa de morte no Brasil. Estima-se que em 2020 o número de casos novos anuais, no mundo, seja da ordem de 15 milhões, dos quais cerca de 60% desses novos casos ocorrerão em países em desenvolvimento. No Brasil, para os anos de 2010 e 2011, calcula-se o surgimento de 489.270 casos de câncer, acompanhando o perfil de magnitude observada no mundo (INCA, 2009).

As estimativas do aumento de casos novos de câncer apresentados pelo INCA (2009) nos levam a refletir sobre o quanto as instituições que atuam no âmbito de diagnóstico poderiam realizar para auxiliar esses clientes a desenvolver estratégias que os ajudem a enfrentar as etapas do processo de adoecimento, desde os exames

iniciais, ao diagnóstico e tratamento da doença.

Nas últimas décadas, em razão da magnitude e impacto do adoecimento por câncer, tanto na diminuição da vida, como nos custos para o sistema de saúde, o diagnóstico precoce e o tratamento passam a ser objeto de atenção de saúde pública a qual estrutura a realização das ações para o seu controle por meio da Rede de Atenção Oncológica (RAO), com a participação direta e indireta do Governo Federal, das Secretarias Estaduais e Municipais de saúde, das Universidades, dos Serviços de Saúde, dos centros de pesquisa, das organizações não-governamentais e da sociedade de forma geral (INCA, 2008).

Desde 2005, com a portaria nº 2.439/GM, foi institucionalizada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) que propõe ações de “Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão” (BRASIL, 2008, p.73). O movimento está embasado nas diretrizes e estratégias propostas pelo SUS, objetivando assim a integralidade da atenção em oncologia. Em 2009, a Portaria nº 2.439/GM foi incorporada pela Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009, que aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009c). É sob esta ótica que são implementadas as ações que estabelecem o projeto destinado ao rastreamento, diagnóstico e sistema de referência e contra-referência para os casos confirmados de câncer (INCA, 2011). Seguindo essa proposição estabelecida pelo SUS, torna-se vital que todas as áreas que atuam junto a clientes em fase de diagnóstico de câncer utilizem estratégias de cuidado e assistência com o objetivo de dinamizar o atendimento de forma uníssona. Cabe, portanto, às Instituições se adequarem às premissas estabelecidas, executando protocolos de atendimento a esses clientes.

Destaca-se como etapa fundamental, no que diz respeito ao câncer, a fase de diagnóstico. O indivíduo em processo de investigação de doença apresenta reações em âmbito biopsicossocial. A preocupação com a marcação e realização dos exames, os preparos prolongados que alguns exames exigem os retornos às consultas médicas e principalmente a expectativa pela definição do resultado mobiliza emoções e sentimentos não experienciados anteriormente.

Gianini (2007), em seu estudo sobre câncer e gênero, relata que os exames clínicos são, na maioria das vezes, invasivos, provocando no indivíduo, frequentemente, a sensação de perda da identidade, com seu corpo exposto a explorações.

Segundo Carvalho (2008) a probabilidade da doença investigada

ser um câncer pode trazer para o sujeito enfermo uma série de implicações em níveis: físico, emocional, afetivo, profissional e financeiro, comprometendo as relações familiares, gerando estresse, tensão, e conflito.

### 3.2 EXAMES DIAGNÓSTICOS

O diagnóstico do câncer é realizado com a obtenção da história clínica do cliente, exame físico minucioso, e, se possível, exame do local afetado, utilizando-se para tal, aparatos tecnológicos tais como ultrassonografia, endoscopia, colonoscopia, entre outros, que permitem a visualização da área, que deverá ser biopsiada, caso haja alteração (INCA, 2011).

Em relação ao câncer de mama Barra et al. (2004) afirmam que em decorrência do aumento do emprego da mamografia, cada vez mais têm sido diagnosticados tumores em estágio precoce, o que proporciona maior frequência de tratamentos conservadores e menos agressivos. Os dados apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam para o crescimento significativo de 48%, do contingente de mulheres que já foram submetidas ao exame de mamografia pelo menos uma vez. Entretanto, apesar de sua indicação e importância serem enfatizadas e divulgadas, os dados apontados pelo IBGE (2010), e o estudo realizado por Leite et al. (2011) mostram a desigualdade socioeconômica e racial como fatores que interferem no acesso à realização do exame de mamografia, enquanto prática de rastreamento do câncer de mama.

O Ministério da Saúde, em conjunto com áreas técnicas como o Instituto Nacional do Câncer, Área Técnica da Saúde da Mulher, Sociedade Brasileira de Mastologia e representantes da sociedade, definiram estratégias para a detecção precoce do câncer de mama, sendo recomendado:

[...] Rastreamento por mamografia, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames;

[...] Exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama. (INCA, 2007, p.15).

O exame ultrassonográfico é estabelecido, a priori, como um método complementar à mamografia, exceto nos casos de clientes jovens (abaixo de 35 anos) quando esse exame é indicado para a primeira avaliação no diagnóstico de lesões palpáveis. Observa-se, também, que o exame ultrassonográfico tem representado método de escolha para definição diagnóstica nos casos da presença de imagens pouco definidas à mamografia (INCA, 2007).

As orientações preconizadas pelo “*Breast Imaging Reporting and Data® System (BI-RADS)*”, publicado pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR) e recomendado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), consistem na padronização dos laudos de exames de mamografias e de ultrassonografia e das orientações de condutas a serem seguidas para cada caso, conforme apresentação do subsistema de Informação do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (INCA, 2010, p. 3).

Dessa forma o exame de **mamografia** passou a ser classificado em seis categorias: *Categoria 1* - sem achados; *Categoria 2* - achados benignos; *Categoria 3* - achados provavelmente benignos; *Categoria 4* - achados suspeitos, subdividida em A, B, C, de acordo com baixa, média e alta suspeição; *Categoria 5* - achados altamente suspeitos; *Categoria 6*, para lesões já com diagnóstico de câncer, *Categoria 0* - achados que necessitam de avaliação adicional (INCA, 2007).

Os resultados dos exames de mama realizados por meio da **ultrassonografia** seguem as categorizações e recomendações de conduta considerando-se as características morfológicas e o grau de suspeição dos achados obtidos por meio das imagens do USG: *categoria 1*: negativo; *categoria 2*: achado benigno; *categoria 3*: achados provavelmente benignos (nesses casos estão indicados o controle ultrassonográfico por 3 anos, de 6 em 6 meses no 1º ano; e anual, nos últimos 2 anos, e a PAAF, sugerida para diferenciar lesões císticas de lesões sólidas); *categoria 4*: achados suspeitos; *categoria 5*: achados altamente suspeitos. Para as categorias 4 e 5, a conduta indicada é a realização de biópsia, assim como, para os achados com diagnóstico de câncer, são indicadas terapêuticas específicas (INCA, 2007).

Da mesma forma, a utilização do exame de ultrassonografia para a detecção de lesões localizadas na tireoide é comumente indicada, já que esse método apresenta uma sensibilidade 95% superior a outros métodos. Esse procedimento permite a avaliação das lesões, sua localização, o tamanho e suas características; possibilita, ainda, a diferenciação das lesões císticas que têm baixo risco para malignidade de nódulos sólidos ou mistos (MAIA et al., 2007). O Consenso

Brasileiro apresentado por Maia et al. (2007) recomenda que todos os nódulos com tamanho igual ou superior a 1 (um) cm ou que apresentam características ultrassonográficas sugestivas de malignidade ou história clínica de risco, devem ser puncionados por meio de PAAF, exceto quando há suspeita de nódulo funcionante. Já os nódulos com tamanho igual ou menor que 1 cm terão a PAAF indicada condicionada à presença de dados suspeitos para malignidade na imagem ultrassonográfica.

O consenso proposto por Moon et al. (2011), estabelece critérios para a definição das características do nódulo, tais como: tamanho, a textura interna, a forma, a ecogenicidade, a margem, a presença de calcificação e a presença de estruturas adjacentes que devem ser cuidadosamente analisados, concluindo que a PAAF deve ser recomendada aos nódulos com características ultrassonográficas suspeitas, com tamanho igual ou maior a 5mm. Os demais casos devem permanecer com acompanhamento ultrassonográfico e clínico.

Na luta pelo enfrentamento e diagnóstico precoce do câncer, o achado de uma lesão com características de malignidade em sua fase inicial tem sido apontado como um grande aliado à cura da doença e redução dos índices de mortalidade. Estudos realizados afirmam que a detecção precoce possibilita a efetividade do tratamento, aumenta a probabilidade de cura, reduz o índice de mortalidade e melhora a qualidade de vida (PAULINELLI; MOREIRA; FREITAS JÚNIOR, 2003; INCA, 2011).

Estabelecer estratégias de rastreamento e diagnóstico precoces é de grande relevância para detectar lesões pré-cancerígenas, ou cancerígenas ainda localizadas no órgão de origem, antes que envolvam os tecidos adjacentes (INCA, 2011). Dentre os métodos de rastreamento e diagnóstico de câncer em consonância com outras áreas, o setor de imagem contribui de forma significativa. Os exames complementares por imagem consolidaram-se enquanto método para a elucidação diagnóstica de doenças, acompanhamento, por meio das imagens, da evolução das lesões, além de ser um importante instrumento para guiar exames intervencionistas. Para a realização de exames por imagem são utilizados os aparelhos de mamografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética. A utilização dessa tecnologia possibilita estabelecer o acompanhamento da evolução do nódulo quando o resultado do estudo citopatológico for benigno. Por outro lado, em lesões malignas, o conhecimento do tipo citopatológico tumoral por meio da PAAF é de relevância no planejamento cirúrgico e no restante do tratamento a ser instituído para a doença (INCA, 2011).

A Punção Aspirativa por Agulha Fina é definida como a remoção de material obtido por uma agulha transdérmica, inserida numa região específica, num órgão ou tecido, para análise citopatológica (KEMP; LIMA, 1995). A PAAF tornou-se um exame diagnóstico de base para a detecção de nódulos de mama e tireoide dado ao elevado grau de acurácia, a relação custo-benefício, pois se trata de exame que dispensa internação e tem baixo custo material, o nível de dor é suportável para a maioria dos clientes e é um procedimento que praticamente não apresenta riscos de complicações mais graves (MAIA et al. 2007). Sua eficácia é maior quando, associado a esse procedimento, utiliza-se a ultrassonografia como guia para a focalização de imagem em tempo real. Autores como Maia et al. (2007); Baloch et al. (2008); Karimzadeh, Sauer (2008); Kim et al. (2008), Monn et al. (2011), afirmam que nos últimos anos a segurança depositada no exame da PAAF cresceu significativamente, sendo apontado como método diagnóstico mais direto e acurado para o diagnóstico de tumores de mama e tireoide, obtendo aceitação mundial.

Os resultados das biópsias realizadas podem ser definidos em positivo ou negativo para a malignidade, sugerindo ainda, outras patologias. Assim, os resultados da punção de mama podem apresentar *carcinoma lobular in situ*, *carcinoma ductal in situ*, *carcinoma infiltrante*, *doença de Paget de mamilo* (INCA, 2011).

Os resultados das biópsias de tireoide podem apresentar carcinoma, tireoidite, bócio. Quanto ao câncer de tireoide os carcinomas estão assim classificados:

[...] *Carcinoma papilífero* que se apresenta de forma mais freqüente, sendo responsável por 80% dos casos; *carcinoma folicular* responsável por 10% dos tumores malignos da tireoide; *carcinoma medular* responsável por 7% de todos os tumores malignos da tireoide; *carcinoma indiferenciado* incide em clientes com idade superior a 60 anos e tem sido “cada vez menos diagnosticado. (FERRAZ et al., 2001, p. 6-7).

Diante do alcance e perspectivas positivas que a realização da biópsia traz para a prevenção e tratamento do câncer de mama e tireoide, o SUS apresenta *a linha de cuidado no câncer*, que indica a trajetória a ser percorrida pelo cliente, considerando-se desde a consulta inicial com médico clínico ou generalista, aos exames de diagnóstico, tratamento e



malignidade, o cliente muitas vezes perde seu rumo e seu prumo. Ciente da doença, o cliente entra em “estado de choque” agravado pelo medo de morrer, pois estar com câncer traz sofrimento e pode matar (SILVA, 2005, p.164).

Diante do impacto que a descoberta da doença provoca, Parada et al. (2008) enfatizam a importância de notificar o resultado de forma adequada. Assinalam que a comunicação deve ser clara e bem cuidadosa quanto às alterações encontradas nos resultados, suas implicações e possibilidades de reversão e/ou cura mediante um percurso terapêutico adequado, uma vez que o cliente encontra-se fragilizado nesse momento e com elevado grau de ansiedade.

Nesse sentido, Silva (2005) ressalta alguns pontos que devem ser observados pelo profissional ao comunicar o resultado de exames diagnósticos que indiquem câncer: proporcionar local adequado, dar tempo para expressão dos sentimentos e dúvidas, incluir a presença de um acompanhante e dar importância especial para a forma de comunicação utilizada para informar o resultado.

As idéias de Silva (2005) encontram ressonância no modelo de atenção à saúde defendida pelo SUS, cuja ideia central é a humanização da assistência como aspecto-chave do processo de construção/consolidação do Sistema Único de Saúde. Nessa perspectiva, o acolhimento requer a oferta de um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando o cliente e sua família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e, estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia dos encaminhamentos (BRASIL, 2004).

### 3.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Pensar a educação em saúde e sua articulação com a prática constitui-se em fonte inesgotável de estudos em face da complexa relação que envolve as transformações sociais e as políticas relacionadas ao processo de saúde.

Com o intuito de conhecer a produção da enfermagem acerca da educação em saúde e da educação em saúde desenvolvida em área especializada como a oncologia, foram efetuados dois estudos bibliográficos em momentos distintos e que se complementam.

A primeira pesquisa foi realizada de forma assistemática nas bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde



(LILACS) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com o intuito de apreender artigos relacionados ao tema *educação em saúde em enfermagem*, onde foram encontrados, respectivamente, 31 artigos e 46 teses e dissertações publicadas nos anos de 2005 a 2010 e que abordavam o tema proposto. Esses dados foram obtidos no período compreendido entre 25/08/2010 a 30/09/2010, utilizando-se para tal os descritores *educação em saúde e enfermagem*.

A segunda incursão nas bases de dados foi realizada no período de 25/09/2011 a 6/10/2011, visando, nesse momento, a obtenção de artigos relacionados às ações de educação em saúde desenvolvidas pelo enfermeiro, especificamente no cuidado ao cliente em processo de diagnóstico de câncer de mama ou tireoide. Foram encontrados 1.499 artigos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), e 241 artigos na Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Scientific Electronic Library On line (SCIELO), 35 artigos. Os critérios de inclusão foram determinados por meio da apreensão *on-line* de artigos com textos completos relacionados ao tema, publicados entre o período de 2005 a 2011. As estratégias de busca para identificação basearam-se nos seguintes descritores e suas combinações na língua portuguesa e inglesa: *educação em saúde, enfermagem, câncer, câncer de mama/tireoide*. Dessa forma, atendendo aos critérios de seleção e inclusão, foram selecionados, lidos e analisados 34 artigos que deram sustentação ao tema em estudo.

O tema educação em saúde é bastante amplo, o que permitiu apreender as concepções e abordagens que a enfermagem utiliza em suas produções sob vários aspectos. Evidencia-se nessa revisão que a educação em saúde em enfermagem sofreu transformações influenciadas pelos eventos políticos e econômicos que ocorreram no Brasil ao longo da sua história (SOUSA et al., 2010), passando a enfermagem a desenvolver a prática educativa focada em ações direcionadas e comprometidas com a natureza cultural do indivíduo e coletividade, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009). No universo de estudos selecionados, observou-se que as temáticas abordadas estão direcionadas aos clientes dos serviços de saúde, e aos profissionais de enfermagem. Dentre os artigos selecionados há alguns relacionados à reflexão e análise da abordagem do tópico educação em saúde no meio acadêmico.

Embora o debate acerca da educação em saúde traga à discussão a crítica social, tomando como referência a problematização da realidade, os estudos apontam os princípios da integralidade e da universalidade do cuidado na construção de mudanças na vida cotidiana

das pessoas.

As ações programadas para a obtenção de interação com a população alvo carecem de uma percepção efetiva da população envolvida. Significa dizer que a cultura, as crenças, a forma de realizar o enfrentamento das situações vivenciadas é inerente a cada grupo étnico, e como tal, precisa ser apreendido pelos profissionais que almejam despertar o interesse sobre algum fato. Dow Meneses e Yarbrow (2007) em estudo desenvolvido com 32 enfermeiros representantes de 20 países no Train-Trainer International Breast Health Education Program, identificaram a diversidade cultural territorialmente existente em todo o mundo. Apontam que as populações multi-étnicas, mesmo fora de seu país de origem, mantêm as práticas e crenças originais, o que implica diretamente na percepção das doenças e seu enfrentamento. Sob esse aspecto, muitos dos programas desenvolvidos para a prevenção de doenças crônicas são fadados ao insucesso, pois não levam em conta as particularidades de cada comunidade (DOW MENESES, YARBROW, 2007). Os mesmos autores afirmam a importância do enfermeiro conhecer a riqueza cultural da população com quem irá interagir, para assim, promover o diálogo e estabelecer ações que possam ser assimiladas, refletidas e adotadas como caráter de prevenção para a saúde.

Seguindo essa mesma dinâmica, Ramsay-Johnson (2006), em seu estudo, descreveu as ações adotadas pelos alunos da Universidade de Enfermagem das Ilhas Virgens ao se depararem com a disparidade das taxas percentuais de câncer de mama entre mulheres brancas (maior incidência) e negras (maior mortalidade), sendo que essas últimas apresentavam maior propensão de ter o diagnóstico em estágio já avançado da doença. Diante da evidência dos dados, houve a implementação de um amplo programa de incentivo à prevenção do câncer de mama, utilizando como estratégias palestras educativas, propagadas nas escolas e igrejas, bem como a distribuição de camisetas e folhetos informativos. Essas ações foram utilizadas para atingir o propósito educacional e motivacional junto à população e, assim, aumentar a compreensão da importância do conhecimento acerca dos sinais e sintomas. Desse modo, difundiram e promoveram a realização de exames que auxiliam na prevenção (RAMSAY-JOHNSON, 2006).

Diversos autores discutiram a importância de valorizar a cultura, as crenças e os valores que permeiam os grupos étnicos, bem como de estabelecer metodologias de atuação para penetrar nesses círculos culturais e angariar a confiança de seus membros, que passam a compreender a concepção da doença possibilitando assim, demonstrar

que o cuidado com a saúde é necessário, e que, se ações de prevenção forem adotadas, é possível atingir a cura de doenças graves (BRANCO, 2005; RAMSAY-JOHNSON, 2006; DOW MENESES, YARBRO, 2007; FABBRO, MONTONE, SANTOS 2008; LIAO et al., 2009; LIVAUDAIS et al., 2010).

No processo de educação em saúde, a enfermagem estabelece laços de confiança com o grupo no momento em que se disponibiliza a realizar atividades educativas com as pessoas que necessitam de informações que as tornem conscientes do processo vivido e, assim, possam refletir e traçar metas a serem seguidas. Liao et al. (2010) afirmaram que atividades educativas com o suporte emocional e *follow-up* por telefone reduziram a ansiedade de mulheres que se encontravam na fase inicial de diagnóstico por suspeita de câncer. Ouvir, compartilhar sentimentos, expectativas, dúvidas e medos, desmistifica o ser profissional, tornando-o próximo o suficiente para estabelecer elos de co-responsabilidade.

Muitos estudos nessa área situam-se no campo da aplicação de educação junto aos clientes em serviços ambulatoriais de saúde, com maior ênfase no Programa de Saúde da Família (ALENCAR, 2006; CARVALHO, 2009; DONADUZZI, 2009). Outros direcionaram suas ações de saúde a públicos específicos tais como gestantes, adultos e idosos com incontinência urinária, diabéticos, alcoólatras, entre outros (MAIA, SILVA, 2005; HONÓRIO, 2006; RIOS, VIEIRA, 2007; SILVA et al., 2007).

Com relação às contribuições da educação em saúde dirigidas aos clientes no âmbito hospitalar, observa-se uma maior concentração de ações voltadas para a área de pediatria com abordagem em UTI neonatal, mãe-canguru, e bebês prematuros (VIEIRA, 2007; CABRAL, GROELAU, 2009; LELIS; MACHADO, CARDOSO, 2009).

Discutindo a educação em saúde, Santos, Penna (2009) defenderam que esse processo representa um dos principais elementos para a promoção da saúde, sendo considerada uma forma de cuidar que leva ao desenvolvimento de uma consciência crítica e reflexiva para a emancipação dos sujeitos, possibilitando a produção de um saber que contribui para que as pessoas possam cuidar melhor de si e de seus familiares. Os autores salientaram aspectos relacionados à participação dos clientes na construção de uma saúde de melhor qualidade, ressaltando, ao mesmo tempo, o seu empoderamento para a tomada de decisão frente o estado de saúde, à aceitação e à aderência ao tratamento, refletindo na construção de sua autonomia.

No que tange à área da oncologia, uma das metodologias para o

desenvolvimento da educação em saúde apresentada com sucesso foi a parceria com mulheres que já possuíam diagnóstico confirmado e haviam se submetido ao tratamento de câncer. Elas foram convidadas a relatar suas histórias em grupos de auto-ajuda e, durante os encontros, eram acompanhadas por profissional da área da saúde que detinha os conhecimentos científicos acerca do tema abordado. Dessa forma, as experiências eram compartilhadas e o processo de educação em saúde tomava forma. Muitas dessas mulheres assumiram o papel de liderança na divulgação e captação dos membros dos grupos para o ingresso nos programas de prevenção e na realização de exames, angariando, assim, membros para participação dos programas direcionados à promoção e prevenção da saúde (LIVAUDAIS et al., 2010).

Considera-se também a utilização de tecnologias como ferramenta para auxiliar na educação em saúde. Muitos são os dispositivos tecnológicos disponíveis para assessorar a divulgação e comunicação de assuntos relevantes que devem despertar o interesse do grupo, com o propósito da reflexão e auxílio da compreensão do tema proposto para o desenvolvimento da educação em saúde. A utilização de vídeos, manuais, folhetos, cartilhas foram amplamente empregados como ferramentas para despertar e assimilar o conteúdo proposto (RODRIGUEZ et al., 2009).

Nesse sentido, Oliveira, Fernandes, Sawada (2008) desenvolveram, com sucesso, o *manual educativo para mulher mastectomizada* que tem por finalidade a promoção e prevenção da saúde, a ampliação dos conhecimentos, o estímulo da autoconfiança e a prevenção das possibilidades de complicações.

Da mesma forma, a utilização do aparelho de telefone ou cartas enviadas pelos correios para inquirir aos clientes participantes demonstraram eficácia no que diz respeito à realização de atendimentos direcionados à orientação educacional e suporte psicológico. Estratégia igualmente empregada para a obtenção de dados que possibilitem a realização de diagnósticos sócio-culturais e assim, embasem as ações educativas a serem desenvolvidas (SANDGREN, McCAULI, 2007; ASHING-GIWA, LIM, 2009).

Em busca de novos rumos para a educação em saúde na área oncológica, especificamente em cuidados paliativos, Marcelino (2009) concluiu que o processo de educação deve permear todo o período de internação na instituição hospitalar, tendo seu início no momento do diagnóstico, passando a internação até a alta. Em seu entendimento, no entanto, o processo de educação não se finda com a alta, pois há a possibilidade de alimentar a rede de comunicação com as unidades de

saúde objetivando promover a continuidade do tratamento no domicílio. O autor reconheceu ainda a necessidade de estabelecer uma interação e uma relação de diálogo entre o enfermeiro, o cliente e os cuidadores, proporcionando maior conhecimento e segurança, facilitando o prosseguimento dos cuidados no domicílio.

Autores como Lopes, Anjos, Pinheiro (2009) assinalaram que as ações de educação em saúde, quando realizadas em construção de coresponsabilidade, de forma crítica e construtiva, demonstram efetividade para a aquisição e compartilhamento de informações, constituindo-se o processo de educação em saúde um dos fatores responsáveis para a garantia de uma assistência de qualidade.

Espinoza (2007) enfatizou a importância do papel da enfermeira como educadora na enfermagem e confirmou a relevância do cuidado no ambiente hospitalar a partir de uma abordagem educativa. O estudo apontou que os enfermeiros se realizam por meio da atividade educativa e sentem-se gratificados ao cuidar educando, pois contribuem para mudanças significativas no processo de recuperação do cliente.

O Comitê de Especialistas em Planejamento e Avaliação dos Serviços de Educação em Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) discutiu que o foco da educação em saúde está voltado para a população e para a ação. Assim, propôs “a educação em saúde como prática na qual existe a participação ativa da comunidade, que proporciona informação, educação sanitária e aperfeiçoa as atitudes indispensáveis para a vida” (BRASIL, 2009e, p.13).

Há a intenção política do Ministério da Saúde em promover espaços que oportunizem, de forma efetiva, a aproximação entre os clientes do sistema, as ações de saúde produzidas pelos profissionais e a organização desses serviços. Torna-se imprescindível estreitar a comunicação e o diálogo entre a comunidade e os gestores de saúde, qualificando a prática, ao mesmo tempo em que promove a cidadania, possibilitando assim, a dignificação do processo de viver (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, a educação sempre esteve presente nas ações de enfermagem. Autores como Cabral, Groleau (2009) e Lélis; Machado, Cardoso (2009) identificaram em seus estudos que a comunicação é utilizada como a principal estratégia para conduzir as orientações relacionadas à educação em saúde, realizada, na maioria das vezes, de forma simultânea ao se prestar o cuidado. Essas orientações não são programadas tampouco realizadas de forma específica. Elas estão incorporadas na assistência de enfermagem e acontecem, principalmente, de acordo com a necessidade expressa pelo cliente. Os

autores salientaram ainda, que a falta de estrutura, o tempo e as condições ambientais produzem ruídos na comunicação, interferindo de forma significativa no processo como um todo, o que dificultou a avaliação, por parte dos profissionais, da compreensão das orientações.

A lógica presente na fragmentação do trabalho em saúde dificulta a intervenção e as relações dos profissionais com os clientes e seus familiares, uma vez que existe a separação entre a execução e a concepção do trabalho. A base pedagógica que sustenta o trabalho em saúde encontra-se ainda assentada na prática tradicional que centra o conhecimento no profissional e a aprendizagem no cliente. Reforça, dessa forma, a necessidade de novas concepções e práticas de educação em saúde que minimizem essas diferenças.

Entretanto, nas últimas décadas, vislumbra-se uma nova perspectiva e reorientação da prática da educação em saúde que, atualmente, passa a ser vinculada às idéias de reflexão crítica sobre a realidade, empoderamento comunitário e transformação do *status quo*, na perspectiva de se criar e ampliar condições de vida saudáveis, de modo que estas se tornem aptas a intervir de forma autônoma na realidade social (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009).

A educação em saúde preconizada pelo Ministério da Saúde estabelece a aproximação dos saberes que emergem dos movimentos sociais às ações produzidas pelos agentes formais de saúde, atentando-se assim, para o deslocamento do foco de atenção pontual do adoecimento, para a valorização do ser humano em seu contexto social e cultural, de forma a construir intervenções para e com esse ser humano, atendendo suas necessidades (INCA, 2006). A realidade atual em saúde tem levado a enfermagem a pensar a educação em saúde sob a lógica que requer a capacidade crítica e criativa do profissional, desconstruindo o processo curativo, reafirmando a evidência nas áreas direcionadas da promoção, prevenção e de reabilitação em saúde.

Nessa perspectiva, a abordagem da educação em saúde enquanto prática da enfermagem evidencia a necessidade do enfermeiro investir na prática de uma “educação crítica e transformadora”, possibilitando assim a “manutenção da saúde coletiva e individual” (SOUSA et al., 2010, p. 60).

Corroborando com essa lógica, David, Acioli (2010 p.7) enfatizaram que as ações educativas são inerentes ao potencial pedagógico do trabalho da enfermagem e, dessa forma reconhecem o trabalho da enfermagem como prática social, em que o enfermeiro, ao buscar uma prática educativa transformadora, também sofre influências desse processo. Nesse sentido, amplia sua visão crítica das condições de

vida e a produção de saúde, promovendo uma transformação no seu processo de trabalho, re-significando “sua prática para além das normas e rotinas impostas pelo trabalho prescrito”.

A enfermagem, ao prestar o cuidado, dispõe de um momento ímpar para desempenhar ação de alcance reflexivo junto ao cliente. Esse momento se traduz com a formação de um vínculo de confiança entre ambos, possibilitando assim a construção e elaboração, em conjunto, das ações educativas a serem abordadas, de acordo com as necessidades manifestadas pelo mesmo. No processo educacional torna-se mister o desenvolvimento de práticas educativas direcionadas à participação ativa do cliente, que devem estar relacionadas as suas necessidades, respeitando sua cultura, valores e seu modo de vida, de forma a torná-los atores e autores no processo (SANTOS; PENA, 2009). Ao promover a reflexão participativa e crítica sobre o processo de saúde/doença, torna-se possível a mobilização das competências pessoais para buscar o enfrentamento da circunstância vivida com responsabilidade partilhada.

A análise da práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Sobral, no Ceará, realizada por Silva; Dias, Rodrigues (2009) identificou a diversidade das ações educativas. Uma delas consistia em reuniões de grupos de clientes com características comuns (gestantes e idosos), que eram programadas de acordo com datas comemorativas determinadas pelo Ministério da Saúde, não sendo, assim, realizadas de forma sistematizada. Nessas reuniões utilizavam as palestras como a principal estratégia de educação em saúde, sendo que as ações educativas eram frequentemente orientadas por doenças específicas, centradas na diminuição das complicações decorrentes de patologias crônicas ou na diminuição da incidência de determinadas doenças agudas. Essa abordagem educativa, centrada na doença e com um viés curativista, é condizente a visão biologicista. Dessa forma, concluem os autores que há uma tensão entre dois modelos educativos: o tradicional e o dialógico. Parecem co-existir, no cenário da Estratégia Saúde da Família, elementos de ambos os modelos, sendo o primeiro hegemônico e o segundo, uma tentativa de consolidação dos pressupostos do SUS (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009).

As ideias da tecnologia de educação, no entanto, são entendidas para além dos processos de informação ou comunicação, já que a educação é apontada como meio de reflexão que possibilita a compreensão e assimilação da informação, promovendo a aplicação do aprendizado (BRASIL, 2003). Corroborando com essa perspectiva de transformação, Oliveira e Gonçalves (2004) descreveram que as práticas

educativas promoveram um processo reflexivo, produzindo mudanças comportamentais positivas e transformadoras.

Outra experiência positiva pôde ser observada pelos enfermeiros quando do desenvolvimento de palestras junto às gestantes sobre o *gestar, parir e nascer*, sob a perspectiva do parto humanizado, induzindo-as à reflexão, despertando assim, a compreensão do processo como natural. A experiência vivenciada proporcionou às gestantes perceberem-se como protagonistas de sua gravidez e de seu parto, possibilitando o rompimento com o modelo de cuidado obstétrico medicalizado (PROGIANTI; COSTA, 2008). Nesse sentido, pode-se inferir que a prática educativa junto a qualquer grupo de clientes, nas mais diversas situações de saúde, interfere positivamente na promoção do cliente como ator principal de sua vida e saúde.

Aprofundando essa perspectiva, Silva et al. (2009) afirmaram que a prática de transmitir informação não assegura a mudança comportamental. Para que tal processo ocorra é necessário promover no cliente uma ação crítico-reflexiva e assim permitir um novo olhar para sua vida. Ressaltaram que a educação em saúde deve estar vinculada às necessidades sociais da comunidade, redimensionando os “determinantes sócio culturais e educacionais da doença”. Apontaram também a necessidade de “mudanças no ensino de enfermagem que superem modelos hegemônicos de educação, de gestão e de atenção à saúde” (SILVA et al., 2009, p. 1457).

Sendo assim, uma prática educativa efetiva deve se preocupar em minimizar os efeitos das diferenças entre profissionais e comunidade, reconhecendo que as pessoas da comunidade têm valores diferentes dos seus, que necessitam ser considerados na escolha dos meios para desenvolver as práticas educativas cotidianas. Essas precisam estar de acordo com a capacidade de compreensão do público alvo.

Ao olharmos a educação sob a ótica da construção coletiva percebemos a necessidade de incluir, nesse mesmo processo de educação, a qualificação do trabalhador da saúde com o intuito de desenvolver seu potencial pessoal e profissional de forma reflexiva, crítica e criativa, instrumentalizando-o para efetivar, em seu processo de trabalho, a educação em saúde.

Nesse contexto, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNAH), estabeleceu um conjunto de ações que apontam, desde a reforma estrutural das Instituições à mudança comportamental e cultural dos atores das ações de saúde. Prevê a reorganização do trabalho centrado, até então, no modelo biomédico com ações curativas, evoluindo para a assistência prestada pela equipe



multiprofissional que, ao incorporar a filosofia do SUS, sente-se valorizada em sua prática. Discutiu a capacitação dos recursos humanos como valorização da experiência profissional e o seu comprometimento nas decisões a serem tomadas, bem como a instrumentalização para a ampliação do saber científico. Torna-se imprescindível promover, disponibilizar e oportunizar o conhecimento dos avanços científicos para que, ao desenvolver o cuidado, o profissional esteja habilitado a transformar esse ato em oportunidade de educar (BRASIL, 2001).

A revisão de literatura evidencia uma lacuna alusiva à atuação do enfermeiro perante a educação em saúde no Serviço de Radiologia. Comprova a ausência de estudos que abordem ações educativas destinadas aos clientes que procuram esse Serviço para a realização de exames que possibilitem a confirmação de diagnóstico. Revela, ainda, que o papel do enfermeiro nessa área não é discutido no meio acadêmico, o que traz um alerta para o importante espaço que a enfermagem não consolidou enquanto área de atuação profissional. A educação em saúde constitui-se em poderosa ferramenta na formação de sujeitos mais conscientes do processo ao qual serão submetidos. Sob esse aspecto, o Ministério da Saúde aponta as salas de espera como a melhor estratégia para realizar o processo de educação em saúde ao cliente e sua família.

Em estudo desenvolvido utilizando-se da sala de espera para realizar intervenção educativa com mulheres objetivando abordar informações, orientações e esclarecimentos sobre o câncer de mama, comprovou-se ser esse um espaço privilegiado, onde o enfermeiro pode explorar, com sucesso, atividades educativas com os clientes, já que esses momentos oportunizam a troca de experiências (KIM et al., 2008).

Ambos são beneficiados: o cliente, na compreensão do processo vivido, a Instituição, em fazer cumprir as premissas do SUS.



## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial que sustenta esse estudo tem sua base amparada nos princípios das políticas de saúde, nos programas e ações nacionais que visam o enfrentamento do câncer no Brasil:

*Política Nacional de Humanização* (PNH), que estabelece uma ação conjunta entre “os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política” (BRASIL, 2009a, p.4);

*Política Nacional de Atenção Básica* (PNAB), que propõe as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, vinculadas à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e ao Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

*Política Nacional de Promoção da Saúde* (PNPS), que objetiva a promoção da qualidade de vida e redução dos riscos relacionados às condições sócioeconômicas do sujeito; *Pacto pela Saúde*, que preconiza as diretrizes para a consolidação do SUS;

*Política Nacional de Atenção Oncológica* (PNAO), que estabelece as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos. Todas as proposições implicam na coresponsabilização entre clientes, trabalhadores e gestores para a sua efetivação e está intimamente interligado ao plano de ações estratégicas para o enfrentamento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), entre elas, o câncer (INCA, 2011).

Assim, o referencial teórico visa apresentar as bases teóricas que sustentam a construção dessa proposta de transformação da prática assistencial junto aos clientes que se encontram fragilizados pela perspectiva da realização de um exame invasivo e da possibilidade de um diagnóstico de neoplasia.

Os pressupostos que permeiam essa proposta de estudo encontram aderência nos princípios que sustentam as políticas públicas de saúde, humanização da assistência, educação em saúde e acolhimento, que serão apresentados a seguir.

A construção histórica do sistema de saúde brasileiro acompanha e está relacionada aos movimentos políticos e populares no Brasil e no mundo, refletindo as diferentes concepções e paradigmas em cada momento histórico. No final dos anos 70 e início dos anos 1980, o país estava em período de crise política e social, com o enfraquecimento da ditadura militar e redemocratização do país, favorecendo a ocorrência de um processo de reestruturação da área da saúde, com o Movimento

Sanitário: coletivo constituído por profissionais da saúde, intelectuais e lideranças políticas. Esse movimento foi um importante marco na área da saúde do país, visto que sua tendência para o despertar crítico possibilitou a construção do atual Sistema de Saúde brasileiro (BRASIL, 2006b)

A partir da incorporação de mudanças nas atribuições do Estado no que tange à saúde, determinadas na Constituição Federal de 1988, da regulamentação dessas mudanças a partir das Leis Orgânicas da Saúde n. 8.080/90 e 8.142/90 e da Norma Operacional Básica (NOB's) do SUS, de 1993 e de 1996, estava criado, amparado juridicamente e implantado o atual Sistema Único de Saúde do Brasil – SUS (BRASIL, 2009).

A Constituição Federal, em seu artigo 196, preconiza que:

[...] a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos e com acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.1).

Nesse sentido, os princípios de integralidade, universalidade e igualdade, estabelecidos com a promulgação da Lei 8.080 e 8.142 que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1989, vêm ao encontro da Constituição Federal, propondo a garantia de acesso ao sistema de saúde aos cidadãos brasileiros. A instituição do SUS representa um marco na história da saúde pública brasileira. Sua proposta é viabilizar o acesso à assistência à população indistintamente, pois antes de sua implantação tinha direito à assistência somente as pessoas que trabalhavam com carteira assinada, as demais ficavam à mercê das instituições filantrópicas (BRASIL, 2009b).

O Sistema Único de Saúde (SUS) se constitui como um dos maiores sistemas públicos de saúde existentes na atualidade e ambiciona abranger a assistência integral e gratuita à população, no território nacional. No Brasil ocorre a implementação de programas de ações de saúde “voltados para o atendimento de populações específicas, com o objetivo de estabelecer co-responsabilidade entre gestores, trabalhadores e clientes, priorizando as ações de saúde e a participação e controle social no âmbito da saúde pública tanto quanto em nível hospitalar” (BRASIL, 2009a, p.11).

A despeito dos esforços realizados para a implantação desses programas, observou-se que somente o aparato tecnológico e a eficiência técnica que vinham em seu bojo não eram suficientes para suprir a necessidade de contato humano e interação entre profissionais e clientes. Percebeu-se, nesse aspecto, uma lacuna que exige um olhar de solidariedade, ética e respeito para envolver os clientes, possibilitando o desenvolvimento da co-responsabilidade, do pensamento crítico sobre a sua saúde e da coletividade (BRASIL 2001).

A análise dos resultados das pesquisas realizadas nas Instituições hospitalares com clientes e trabalhadores, em 2000, apontou a má qualidade do atendimento como a maior fragilidade da saúde, assinalada como problema de maior grandeza, antes mesmo da falta de médicos. Essa realidade assinala discussões entre profissionais e gestores do SUS, reconhecendo a necessidade de humanização nos serviços de saúde. Entre as diversas iniciativas governamentais para superar essa realidade destaca-se a implantação da PNHAH, em 2001, objetivando a reestruturação das unidades hospitalares, a valorização do profissional da saúde e a concepção do atendimento com qualidade que, em 2004, foi ampliado para a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2001; 2004). As ações de saúde estabelecidas por essa política estão voltadas para as várias dimensões, tais como a promoção, o cuidado, o tratamento e a recuperação da saúde individual e coletiva do cliente, incluindo nesse âmbito, o trabalhador de saúde.

Nesse sentido, há a intenção de estabelecer uma nova prática de saúde com o propósito de reduzir, romper o conceito de que saúde é, simplesmente, a ausência de doença. Há, portanto, a iniciativa de considerar o cliente em sua diversidade cultural e o contexto sócioeconômico no qual está inserido, centrando o foco principal em suas necessidades.

Nesse contexto, ao longo de quase 22 anos de existência, o Sistema Único de Saúde (SUS) se consolidou como a principal política pública do Brasil, promovendo inclusão social e buscando, de forma contínua, fortalecer seus pilares básicos de acesso universal e igualitário e atenção integral à saúde (BRASIL, 2009b).

O Ministério da Saúde reafirma seus compromissos em lutar permanentemente para melhorar as condições de saúde da população, de aumentar ações e serviços de saúde, de ampliar o acesso e a atenção à saúde com justiça e equidade e de promover a adequada alocação dos recursos públicos (BRASIL, 2009a).

Com base em firmes critérios técnicos e em evidências científicas, a incorporação dessas ações tem beneficiado as alternativas

diagnósticas e terapêuticas, reconhecidamente seguras e efetivas, cujos benefícios e custos guardem o melhor equilíbrio possível e não prejudiquem a justiça e a igualdade de acesso a elas. O SUS apresenta, em suas premissas, a perspectiva de alteração no modelo de atenção à saúde e acredita que essas mudanças não se farão sem modificações no modelo de gestão, ou seja, sugere uma transformação na prática em saúde, já que na atual se evidencia o despreparo dos profissionais e demais trabalhadores em lidar com a dimensão subjetiva, e também uma mudança na gestão centralizada e vertical, que desapropria o trabalhador de seu próprio processo de trabalho, para uma gestão mais flexível e participativa.

Dessa forma, a Política Nacional de Humanização foi criada para romper com essa prática, buscando a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: clientes, trabalhadores e gestores. Apresenta como valores que norteiam essa política a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2006c).

A PNH defende a humanização como:

[...] um valor [...] como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber (BRASIL, 2001 p.52).

Nesse sentido, **humanização** é definida como “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde” (BRASIL, 2009a, p.5).

Para Casate e Corrêa (2005, p. 111), a humanização

[...] envolve questões amplas que vão desde a operacionalização de um projeto político de saúde calcado em valores de cidadania, o compromisso social e a saúde como qualidade de vida, passando pela revisão das práticas de gestão tradicionais até

os micros espaços de atuação profissional nos quais saberes, poderes e relações interpessoais se fazem presentes.

Sob esse aspecto, o processo de humanização dos serviços, proposto pela PNH, envolve uma nova maneira de se reconhecer o cliente que é atendido nos serviços e isso requer ações técnicas, políticas e eticamente seguras, que são desenvolvidas por trabalhadores responsáveis e engajados com esse novo olhar. Enfatiza a necessidade de se estabelecer, em qualquer âmbito de atendimento de saúde, a escuta de qualidade e resolutividade para os problemas do cliente por meio da valorização diferenciada dos diversos saberes. Utiliza-se do conhecimento para a resolutividade dos seus problemas de saúde (BRASIL, 2006c). A PNH defende o atendimento aos clientes do SUS pautado em ações como: melhoria das condições de acesso e prestação dos serviços; qualidade das instalações de saúde; equipamentos e condições ambientais; clareza nas informações oferecidas aos clientes; identificação dos profissionais que prestam atendimento; informações aos familiares; educação em saúde com vistas à prevenção de doenças e informações sobre os serviços oferecidos na comunidade e qualidade da relação entre clientes e profissionais, entre outras (Brasil, 2004).

Seguindo essa lógica, a *Política Nacional de Promoção a Saúde* (PNPS) apresentou estratégias articuladas intersetorialmente com o objetivo de atuar nos fatores de risco determinantes e condicionantes do processo saúde/doença. Propôs ações que intercedam sobre o adoecer e ações que extrapolarem esse espaço de atuação, caminhando em direção à expansão para além das fronteiras dos locais de atendimento, indo ao encontro da coletividade, auxiliando-os nas escolhas saudáveis de viver (BRASIL, 2006c).

Nessa mesma perspectiva, o *Pacto pela Saúde* (BRASIL, 2006d) definiu seis áreas prioritárias as quais receberiam estratégias específicas de atuação: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; e fortalecimento da atenção básico-primária. Para tanto, recomenda diretrizes operacionais constituídas por *Pacto de Gestão*, *Pacto em Defesa* do SUS e *Pacto pela Vida*, que apresentam, em suas premissas, a regionalização e distribuição de competências para os governos Federal, Estadual e Municipal; reafirmam o Sistema Único de

Saúde enquanto política pública de saúde e constituem compromissos sanitários prioritários que foram elencados após estudos sobre a situação de saúde da população (BRASIL, 2006 d).

Entretanto, o que se tem visto é a fragmentação do cuidado, desprovido de continuidade e tão pouco eficiente. Os profissionais atuam como seres detentores do saber e das determinações, procedimentos e tratamentos, tornando a assistência verticalizada, sem possibilidades de diálogo entre clientes e profissionais. Essa fragmentação do ser o reduz a “algo” a quem será dispensado o atendimento, gerando insatisfações, tanto no cliente quanto no trabalhador (SILVA, 2009, p.15).

A Enfermagem, nesse contexto, torna-se cumpridora de tarefas. A doença passa a ser o foco principal, o ser humano e sua individualidade assumem um segundo plano nesse processo.

O estudo desenvolvido por Ramos et al. (2009) apontou mudanças na concepção do cuidado, notoriamente a partir dos anos 80. Transformações essas que procuram romper com “as fronteiras dos cuidados médicos tradicionais”, produzindo a possibilidade de sua ressignificação, contemplando, então, o pensamento crítico/reflexivo do profissional, desenhando um cuidado pautado nas necessidades de um sujeito valorizado e compreendido dentro do contexto cultural em que vive (RAMOS et al., 2009, p. 363).

Dessa forma, o cuidado deve ser proposto obtendo-se a desvinculação do modelo biomédico e das demais práticas produzidas por outras categorias profissionais e organizações políticas que impõem o monopólio na área da saúde. Destaca-se que, ao ponderar acerca de modelos de cuidado na enfermagem, há que se refletir sobre a “compreensão do sentido e do significado desse cuidado, sua dimensão político-social e sua implicação sobre a vida dos cidadãos” (SOUZA et al., 2005, p. 269).

Corroborando com essa visão, Waldow (2008) apresentou o **cuidado** enquanto um processo dinâmico, onde o cuidador identifica as necessidades de cuidado em todo o contexto organizacional (social, meio ambiente, político, tecnológico, administrativo), processa a execução do cuidado e nessa inter-relação, concretizam-se as transformações entre os atores do evento.

Frente à multiplicidade de formas na abordagem do tema ***cuidado em enfermagem***, concordamos com o conceito de ***cuidado*** elaborado por Vale, Pagliuca (2011, p.112):

[...] um fenômeno intencional, essencial à vida, que ocorre no encontro de seres humanos que



interagem, por meio de atitudes que envolvem consciência, zelo, solidariedade e amor. Expressa um “saber-fazer” embasado na ciência, na arte, na ética e na estética, direcionado às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade.

O ato de *humanizar* a assistência deve ser compreendido como uma rede interligada entre clientes, profissionais e Instituição. Nas ideias defendidas por Silva (2009, p.19), humanizar deve ser apreendido como “competência, tecnologia, educação, cortesia, ética, afetividade, respeito, autonomia e co-responsabilidade, resolutividade, visão sistêmica com ênfase na integralidade, atenção e presença”. Essa opinião encontra adesão nas afirmações de Backes, Lunardi, Lunardi Filho (2006), e que expandiram as ações de humanização em âmbito profissional para uma mudança de atitude institucional:

[...] A **humanização**, então, requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo, além de um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais da saúde ao seu principal objeto de trabalho-o doente ser fragilizado-uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais (BACKES, LUNARDI, LUNARDI FILHO, 2006, p. 2).

Para que a humanização aconteça é necessário que a equipe de saúde, e, aqui, especificamente a enfermagem, organize seu trabalho de forma coletiva e estabeleça relações solidárias com os demais profissionais e com os clientes buscando o atendimento das necessidades de saúde dos mesmos.

A **enfermagem** é uma prática coletiva:

[...] responsável pelo cuidado direto ao cliente/cliente, em toda a sua integralidade como ser biológico e social. Historicamente o trabalho da enfermagem tem envolvido dois campos de atividades, identificado como dos cuidados e procedimentos assistenciais e o da administração da assistência no espaço assistencial. (PIRES, 2004, p. 39).

Nessa perspectiva, Salum (2007, p. 27) destaca que o “profissional de enfermagem se constitui pelo conjunto de suas competências técnicas, relacionais/comunicacionais, ético-políticas” que são direcionadas à prestação do cuidado em saúde. Waldow (2008) legitima esse pensamento no momento em que afirma que o profissional de enfermagem realiza ações que lhe são outorgadas por lei e são desenvolvidas com competência, destreza, criatividade e sensibilidade, com o intuito de despertar no ser cuidado as potencialidades inerentes à manutenção e/ou melhoria do processo de vida.

Desse modo, o enfermeiro tem papel de fundamental importância na interação com o cliente, pois a ele é dado, nesse momento, a oportunidade de compreender, sentir e estabelecer um processo dinâmico de interação sujeito-sujeito. É nessa ótica que se compreende que todo ser humano é único e irá interagir e expressar-se de forma diferente, devendo ser respeitado em suas crenças, filosofias e posturas diante da vida, pois é portador de um conjunto de conhecimentos sócio culturais adquiridos ao longo de sua existência.

Aquiescemos com a concepção sobre **ser humano** proposto por Capella (1996 p.103):

[...] o ser humano é entendido como aquele indivíduo que, em seu processo de vida, por alguma circunstância necessita da intervenção dos serviços de saúde, submetendo-se a hospitalização. Esse indivíduo [...] constitui-se nesse ser humano natural, humano, histórico, social, que se relaciona com outros seres humanos, mas que é único particular.

Aqui o ser humano é o cliente que, fragilizado, procura o Serviço de Radiologia para a realização do exame de PAAF, com suspeita de câncer de tireoide ou de mama.

Conhecer as necessidades expressadas por esse cliente, compreendê-las e possibilitar minimizá-las por meio de um processo de educação em saúde desenvolvido para esse fim torna-se imprescindível. Nesse contexto, a educação em saúde nos serviços de saúde envolve as necessidades manifestadas pelo cliente e pelos profissionais de saúde, estabelecendo, dessa forma, espaço para a compreensão do outro, o saber ouvir, o estar com o outro e, a partir daí, fomentar a adoção de práticas saudáveis para si. Nesse sentido, o estudo traz a possibilidade de realizar a educação em saúde como um processo do cuidado, em que, por meio

da troca de experiências e compartilhamento de saberes, há a mudança de atitudes e comportamentos de saúde.

O destaque dado à assistência humanizada em nível hospitalar, assim como na área da saúde coletiva, implica em estabelecer um processo reflexivo e criativo sobre como incorporar e disponibilizar efetivamente as diretrizes propostas nas PNH e PNHAH, pois “o tratamento humanizado requer mudança de atitudes e comportamentos e articulações entre conhecimentos técnico-científico e aspectos afetivos [...] criando soluções criativas para enfrentar os desafios e otimizar as oportunidades” (KLOCK et al., 2006, p. 402).

Assim, a **educação em saúde** é um processo ético, político e humano na construção dos sujeitos e transformação da realidade de saúde dos clientes, estabelecido por meio de uma relação dialética e dialógica. A educação em saúde é potencializadora da assistência humanizada e de qualidade, permitindo a transformação da condição de saúde do cliente, bem como oportunizando “[...] condições para humanização do homem, valorizando uma postura crítica com liberdade e criatividade, contribuindo desta forma para a inserção do profissional reflexivo no mundo do trabalho” (REIBNITZ, 2004, p. 23).

Nesse estudo a educação em saúde se revela por meio de orientações e reflexões realizadas com os clientes em sala de espera. Considerando a produção de uma relação dialógica entre cliente e profissional, a educação em saúde envolve as necessidades manifestadas pelos mesmos, envolvendo espaço para a compreensão do outro, o saber ouvir, o estar com o outro e, a partir daí, fomentar a adoção de práticas saudáveis para si, oportunizando um espaço de construção de saber e compartilhamento de idéias.

A educação em saúde é uma prática inerente ao enfermeiro, que provoca e estimula no cliente o olhar sobre sua condição de vida, seu processo saúde-doença, sobre o ser saudável, mobilizando forças para a participação coletiva e resgate da cidadania. A perspectiva da educação em saúde pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação da mesma (LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009).

Diante da complexidade na operacionalização do procedimento de PAAF efetuado por um conjunto de profissionais de diferentes categorias e áreas de especialidade compreende-se a necessidade de promoção do trabalho interdisciplinar, interligado e complementar, visualizando, dessa forma, as necessidades apresentadas pelo cliente e

propondo intervenções para o seu atendimento.

Nesse cenário, Matos e Pires (2009) afirmaram que o trabalho interdisciplinar é indispensável quando analisado sob a luz da multidimensionalidade do ser humano. Apontam como fatores mobilizadores os frequentes avanços tecnológicos e a complexidade dos exames que refletem no aumento das exigências do trabalho. Assim como no nível operacional, que determina pessoal especializado para executá-lo, a gestão do trabalho, associada às políticas de saúde e à reforma sanitária, permite a realização do trabalho de forma interdisciplinar. A **interdisciplinariedade** foi apresentada por Bosio (2009) como uma forma de agir diante de uma situação, promovendo a congruência entre os diversos saberes e práticas, estabelecendo a valorização, a aproximação a relação e integração entre os saberes inerentes a cada área de atuação, de forma horizontalizada.

Schneider et al. (2009) assinalaram que a interdisciplinaridade é uma estratégia de ação que congrega os saberes e fazeres pertinentes a cada profissão especificamente, sem que haja dominação de poder de uns sobre os outros. Reconhecem, no entanto, que ocorrem conflitos entre os membros da equipe. Apontaram a possibilidade de debater acerca das divergências estabelecendo espaço para a negociação e apoio entre si, reconhecendo a complementariedade entre as ações em torno de um mesmo projeto.

O desenvolvimento de uma prática de saúde baseada no reconhecimento do cliente como sujeito de sua própria história requer mudança na percepção do trabalhador de saúde, até então embasado no modelo hegemônico da biomedicina, centrado nas ações curativas, para um novo olhar sobre o processo de trabalho, redimensionando-o para a construção coletiva do saber. Dessa forma, a participação do cliente irá concretizar as ações necessárias para alcançar a melhor forma de viver dentro do que ele entende como tal. A relação entre o profissional de saúde e o cliente torna-se mais horizontalizada, já que ambos, ao interagir, estão sujeitos a interferências e transformações.

Com o propósito de obter resultados apropriados para a saúde da população vem sendo encorajada a inclusão e o planejamento de novas tecnologias na prática assistencial. A elaboração e a publicação dos Protocolos Clínicos, Protocolos Assistenciais ou Protocolos de Cuidado têm papel essencial nesse processo, uma vez que é importante recurso que norteia a prática de saúde no âmbito do serviço.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde publica os *Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas* (PCDT) como referencial para o diagnóstico de doenças, fluxograma de tratamento com medicamentos e

doses adequadas e a monitorização e controle de possíveis efeitos adversos. O documento apresenta informações no sentido de instrumentalizar os gestores das três esferas do governo, possibilitando o apoio à tomada de decisão referente à aquisição de medicamentos e disponibilização de procedimentos (BRASIL, 2010a).

Tais iniciativas de atuação indicam que os **protocolos assistenciais** são ferramentas importantes para a prática da enfermagem, entendendo que os mesmos contêm recomendações de ações e procedimentos desenvolvidos de forma sistemática, que auxiliam nas intervenções de um problema de saúde, e que deverão estar regulamentados nos serviços ou Instuições onde foram desenvolvidos (COREN/MG, 2009).

Nesse contexto os protocolos devem ser elaborados com base numa revisão sistemática da literatura científica, no consenso de especialistas e na experiência clínica confirmada. Embasados em evidências clínicas, os protocolos são ferramentas úteis que auxiliam os profissionais padronizando condutas a fim de assegurar a prática de um cuidado livre de riscos e de qualidade. Os protocolos são preconizados enquanto ferramentas que apresentam em seu bojo a intenção de sistematizar as etapas que o cliente deverá percorrer ao ser submetido a um atendimento ou procedimento. Apresentam todo o itinerário das ações que serão desenvolvidas, os responsáveis pelas mesmas e o desfecho previsto para esse ato (COREN/MG, 2009).

Sob esse aspecto, Honório e Caetano (2009) observaram que a padronização das ações de enfermagem possibilitou adequar a assistência de forma a atingir a redução dos índices de eventos adversos, proporcionou o aumento da relação custo benefício do procedimento, elevando, ainda, a produtividade da equipe. Enfatizaram a importância do trabalho junto à equipe multidisciplinar para a elaboração desses procedimentos.

Para Higa et al. (2008, p. 7) o protocolo foi apresentado enquanto tentativa de sistematizar e padronizar a prática da enfermagem, favorecendo o trabalho e a relação com a equipe multidisciplinar, oportunizando ao enfermeiro maior “autonomia em sua atuação”.

Assim, a construção de protocolo apresenta a intencionalidade de balizar a tomada de decisão, garantindo a qualidade da assistência, a diminuição das possibilidades de erro, o custo benefício e a educação em saúde. Há que se considerar aqui, a importância do envolvimento dos profissionais do serviço que, ao compartilharem saberes na sua construção, assumem uma postura crítica e reflexiva a respeito de sua prática com vistas a sua transformação.

Entende-se que a superação de uma prática assistencial pouco resolutiva, descontextualizada e fragmentada possa ser superada por meio da capacidade do profissional dipor-se a fazer uma escuta ativa e humanizada junto a esse cliente já tão fragilizado.

O acolhimento expressa uma das principais diretrizes do SUS, trazendo em seu bojo a perspectiva de transformação na organização do trabalho e, principalmente, a mudança cultural dos profissionais e gestores da saúde, enfatizando a necessidade de orientar as ações dos profissionais durante todo o processo de atendimento ao cliente. Essa concepção não se restringe apenas ao problema de recepção do cliente. Institui a qualificação do atendimento em todas as suas fases. Dessa forma, o **acolhimento** é idealizado como a:

[...] recepção do cliente, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário. (BRASIL, 2004, p. 44).

Sob esse aspecto, considera-se o acolhimento não somente como uma prática de atendimento ao cliente, mas principalmente como uma estratégia que reorganiza os serviços de saúde. De tal modo o “acolhimento faz-se por meio da escuta crítica, do diálogo, do respeito, da compreensão e da valorização da subjetividade dos sujeitos; é uma tecnologia que auxilia na resolução de inúmeras problemáticas sociais, econômicas e políticas que acometem a condição de saúde” (SILVA, 2009, p. 33). É necessário estabelecer um processo dialógico e participativo, permitindo assim a livre expressão de medos, angústias preocupações, o que favorecerá a formação de vínculo de confiança entre cliente e enfermeiro, minimizando anseios e expectativas diante do desconhecido.

O acolhimento e a escuta ativa são entendidos, no estudo, como a possibilidade de o enfermeiro propiciar um espaço para concretizar a sala de espera no Serviço de Radiologia e favorecer a expressão de sentimentos e medos, com vistas a esclarecer as dúvidas e minimizar as angústias do cliente que será submetido ao exame de PAAF. Ao estabelecer a receptividade ao outro de forma respeitosa e sensível,

valorizando suas crenças e costumes, demonstrando a compreensão do seu problema e propondo a resolução do mesmo, estabelece um processo de escuta ativa e humaniza as relações ali estabelecidas.

Incorporar o acolhimento como prática do enfermeiro implica em utilizar-se de estratégias para o atendimento à população em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Essa forma de atendimento à demanda propõe a escuta qualificada com proposta de resolutividade em rede com os demais serviços, de forma hierarquizada e regionalizada (CARVALHO et al., 2008).





## 5 PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico é ponto importante para o alcance dos objetivos propostos, no sentido de servir como guia para compreender a investigação do fenômeno de interesse.

### 5.1 TIPO DE PESQUISA

Ao decidir sobre qual trajetória adotar para desvelar uma realidade, optei pelo conhecimento do método qualitativo por acreditar que esse segmento metodológico permite a compreensão de aspectos subjetivos vivenciados pelos clientes submetidos à PAAF. Com essa perspectiva, a opção metodológica pela Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) se deve ao fato de atuar no Serviço de Radiologia, local do estudo, e nele contribuir para realizar e buscar alternativas para responder minhas inquietações no que se refere ao acolhimento do cliente para a realização da PAAF e contribuir para transformação da prática de assistência ali prestada.

Deslandes, Gomes (2004) afirmaram que as abordagens qualitativas têm o propósito de analisar o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações e práticas, avaliando tanto as interpretações como as práticas dos sujeitos.

Minayo (1996), ao discutir aspectos da pesquisa qualitativa, afirmou que a subjetividade apresenta aspectos importantes para a compreensão do fenômeno social que podem ser apreendidos pelo pesquisador. Para a autora:

[...] na medida em que acreditam que a realidade vai mais além dos fenômenos percebidos pelos nossos sentidos, trabalham com dados qualitativos que trazem para o interior da análise, o subjetivo e o objetivo, os atores sociais e o próprio sistema de valores do cientista, os fatos e seus significados, a ordem e os conflitos (MINAYO, 1996, p. 35).

O método da PCA apresenta em sua premissa a perspectiva de “resolução ou minimização de problemas na prática ou para a realização de mudanças e ou introdução de inovações nas práticas de saúde, o que

poderá levar às construções teóricas” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 24). As autoras apoiaram a inter-relação entre assistir e pesquisar, onde as informações obtidas permitem a ação imediata da assistência, articulado a um processo reflexivo que resulta na proposição de novos conhecimentos que promovem a mudança da prática assistencial. Sob esse aspecto, a assistência proporcionada incorpora-se ao método de pesquisa da mesma forma que esta passa a intervir na assistência. Enfatizam que a articulação com a prática assistencial ocorre principalmente durante a coleta de informações, quando os participantes se envolvem na pesquisa e na assistência (TRENTINI; PAIM, 2004).

A PCA emerge da assistência, valoriza a reflexão, o “saber pensar” e o “saber fazer”, propõe ação de intervenção na prática e permite executá-la no momento da coleta de dados, proporcionando a interação entre os participantes do processo. A estrutura do processo de investigação constitui-se em quatro fases: fase de concepção, instrumentação, perscrutação, e interpretação (TRENTINI; PAIM, 2004).

A fase de **concepção** abrange a definição do tema a ser abordado; a formulação do problema de pesquisa; a revisão de literatura além da determinação do referencial teórico. Essa fase é o momento em que algo, na prática, pressupõe uma lacuna na assistência desenvolvida até então. Percebida a lacuna, a mesma é transformada em problema de pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004). Essa fase, no estudo, é identificada pelo hiato existente em relação ao acolhimento dos clientes que serão submetidos à PAAF e pela ausência de um protocolo que direcione as ações dos profissionais. A organização das ações dos profissionais de saúde em um protocolo de cuidados para a realização de PAAF objetiva aperfeiçoar a qualidade do acolhimento profissional efetuado no Serviço de Radiologia.

A fase de **instrumentação** prevê a definição do local em que será desenvolvida a pesquisa bem como a definição dos participantes, a forma como os dados serão obtidos e a maneira como serão registrados. A PCA estabelece enquanto espaço físico para o desenvolvimento da pesquisa, o local onde acontecem as relações sociais que subsidiarão o intento da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004). Assim, o estudo foi desenvolvido no Serviço de Radiologia, local de atuação da pesquisadora.

A fase de **perscrutação** estabelece as estratégias e instrumentos que serão utilizados para a obtenção das informações para a pesquisa. A PCA sugere alguns métodos de coletas de dados tais como “entrevista, observação participante ou encontros para a obtenção dos dados, que irá

depende da criatividade dos pesquisadores. A abordagem inclui o respeito, à compatibilidade de recursos e à adequação aos próprios métodos” (TRENTINI; PAIM, 2004 p. 84). Portanto, o estudo traz como dinâmica de coleta de dados as salas de espera, a entrevista semi-estruturada e a realização de encontros com os profissionais de saúde.

A fase de **análise** propõe a interpretação das informações obtidas. A PCA instiga a um processo reflexivo no momento em que os dados estão sendo coletados, o que permite a identificação de lacunas e proposição de ação assistencial concomitante (TRENTINI, PAIM, 2004). Sob essa perspectiva, as percepções dos clientes trouxeram indicativos para a elaboração do protocolo de cuidado que foi refletido e discutido com os profissionais que atuam no serviço.

## 5.2 LOCAL DO ESTUDO

Esse estudo foi desenvolvido no Serviço de Radiologia do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU), vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, que presta assistência somente aos clientes do Sistema Único de Saúde (SUS). O Serviço de Radiologia está localizado no andar térreo e integra a área ambulatorial do HU. É de sua competência o atendimento à comunidade em geral na realização de exames de Raios-X, ultrassonografias, mamografias, tomografias, exames contrastados e procedimentos de biópsias. Para a seleção desse contexto, considerou-se o fato de a pesquisadora atuar nesse setor há 10 anos e, conseqüentemente, conhecer intimamente a realidade estudada e buscar transformar a realidade vivenciada, objeto de atuação do mestrado profissional.

O Serviço de Radiologia foi criado em maio de 1980 juntamente com as áreas de Clínica Médica e Cirúrgica. Inicialmente eram desenvolvidos, nas suas dependências, apenas exames de simples complexidade, tais como: Raios-X e ultrassonografias. Esse Serviço ampliou sua abrangência à medida que advieram avanços na tecnologia, em decorrência da aquisição de equipamentos atualizados e da contratualização de serviços realizada com o Estado de Santa Catarina e Prefeitura Municipal de Florianópolis. Há aproximadamente três anos, o setor sofreu reforma estrutural para a instalação do aparelho de tomografia, o que, conseqüentemente, permitiu a expansão das atividades, possibilitando a realização de exames de alta complexidade. Atualmente, no Serviço são executados exames de tomografia e

procedimentos invasivos tais como estereotaxia, punções guiadas por tomografia e punções guiadas por ultrassonografia para fins de elucidação diagnóstica, com destaque para a PAAF de mama e tireoide.

### 5.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Objetivando a elaboração de um protocolo de cuidados para clientes submetidos à PAAF de mama e tireoide, os sujeitos do estudo foram esses clientes.

Os exames de PAAF de mama e tireoide ocorrem semanalmente, nas 4<sup>a</sup> feiras, tendo em média 12 clientes/dia, portanto, a amostra do estudo foi constituída por 88 clientes agendados para esse exame, no período compreendido entre setembro de 2010 a abril de 2011, que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Para a escolha dos participantes, a PCA propõe que os mesmos estejam comprometidos no objeto da pesquisa, dentre estes deverão ser selecionados os que forneçam dados que atendam “todas as dimensões do problema estudo” (TRENTINI, PAIM, 2004, p. 74). Sendo assim, a amostra foi constituída por clientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, agendados para a realização de PAAF de mama e tireoide. O critério de inclusão foi a manifestação e o interesse em participar da pesquisa.

Com vistas à elaboração do protocolo de cuidado de forma participativa e interdisciplinar, também fizeram parte do estudo 20 profissionais da equipe de saúde do Serviço de Radiologia e do Serviço de Anatomia Patológica, que atuam junto ao cliente submetido à PAAF, que concordaram em participar do estudo e assinaram o TCLE (Apêndice B). Nesse sentido, fizeram parte do estudo 3 médicos Radiologistas, 4 médicos patologistas, 3 médicos residentes em radiologia, 1 médico residente em patologia, 4 técnicos/auxiliares de enfermagem (2 pertencentes ao corpo de enfermagem da radiologia, 2 pertencentes à patologia), 1 técnico em radiologia, 1 auxiliar administrativo representante da sala de digitação e entrega de exames, 2 recepcionistas de área, 1 assistente administrativo. Os encontros foram agendados previamente e de acordo com as possibilidades de participação da maioria do grupo, buscando a presença da totalidade dos integrantes.

O anonimato das informações foi garantido pela utilização de

siglas para identificação: para os clientes utilizou-se a letra P, seguida de numeral, estabelecido por ordem de entrevista (P1, P2... P88), e para os profissionais da equipe de saúde foram empregadas as letras PS, e numeral sequencial (PS1, PS2... PS20).

#### 5.4 COLETA DE DADOS

No desenvolvimento da PCA entende-se que não há determinação específica de estratégias. A regra é compatibilizar os métodos propostos com as características de “pesquisa assistência e participação” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 76).

A de coleta de dados foi organizada de forma a atender os objetivos do estudo em 3 etapas:

**1 etapa:** realização de encontros em sala de espera (educação em saúde) e entrevista com os clientes após a realização do exame;

**2 etapa:** dois encontros com os profissionais da equipe de saúde;

**3 etapa:** revisão da literatura buscando evidências científicas nas base de dados e elaboração da proposta do protocolo de cuidados, que ocorreu, cronologicamente, entre o primeiro e segundo encontros com os profissionais da equipe de saúde.

A PCA presuppõe o envolvimento do pesquisador com a prática, articulando assim o momento da coleta de dados e da prática assistencial de forma simultânea, interferindo na transformação do cuidado. Sob essa lógica, foi desenvolvido o protocolo de cuidados, descrito a seguir:

#### 5.5 DESENVOLVIMENTO DO PROTOCOLO DE CUIDADOS

A construção do protocolo de cuidado deu-se fundamentado em três perspectivas: nas informações, questionamentos e expectativas coletadas junto aos clientes em sala de espera, nos encontros com os profissionais da equipe de saúde e nas evidências científicas encontradas na literatura.

### 5.5.1 Realização de sala de espera

As **salas de espera** foram organizadas para reunir os clientes com o propósito de identificar os sentimentos, expectativas e dúvidas diante da realização da PAAF de mama e tireóide, e para realizar as orientações pertinentes ao exame. Considerando a importância do processo educativo, todos os clientes agendados para realizar a PAAF de tireoide e/ou mama, ao confirmarem sua presença no guichê de recepção, foram convidados a participar desse momento. Os encontros foram planejados para ocorrer nas quartas-feiras, a partir das 07h30min horas, em uma sala localizada na área interna do Serviço de Radiologia, previamente organizada para tal fim.

A estratégia de obtenção de dados por meio de encontros permite a realização de discussão em pequenos grupos conduzidos por um mediador. A conversação é estimulada pelo mediador, que insere o tema proposto e incentiva todos os integrantes a expressarem suas opiniões. O objetivo principal dessa técnica é revelar as percepções do grupo sobre o tema proposto, tendo em vista que a conversação incita a interação, as trocas e o compartilhamento de experiências e percepções (MINAYO, 1996).

Minayo (1996, p. 129) salienta que na discussão em grupo ocorre a intercomunicação entre os participantes reunidos por motivos específicos, favorecendo a influência na forma de agir e pensar desses participantes. Enfatiza que “o específico do grupo de discussão são as opiniões, relevâncias e valores dos entrevistados”.

Foram realizados 10 encontros, com duração aproximada de uma hora cada. Os grupos foram constituídos por diferentes clientes que preenchiam a agenda de PAAF. Os encontros foram gravados e as falas transcritas posteriormente, com a finalidade de subsidiar as ações que comporiam o protocolo de cuidados. Concomitantemente foi utilizado um diário de campo (Apêndice D) para as anotações e impressões colhidas durante os encontros, diário este que auxiliou na análise dos dados. Os registros de todos os encontros foram executados por profissional do Serviço sob a orientação da pesquisadora para captar os gestos, as falas, e as expressões dos clientes. Tais anotações foram complementadas pela pesquisadora logo após cada encontro, utilizando a estratégia da memória recente.

A realização da sala de espera foi organizada em três momentos: acolhimento e apresentação; levantamento das expectativas e dúvidas sobre a PAAF; desenvolvimento do processo educativo acerca desse

exame. Como técnica de mobilização utilizou-se diversas figuras escolhidas de forma aleatória: rostos, paisagens, objetos, flores entre outras, que representassem situações capazes de despertar sentimentos. Todas foram dispostas de forma ocasional, no chão, para que o grupo pudesse olhá-las. A seguir, cada cliente foi convidado a escolher, entre as várias figuras, aquela que melhor representasse seu sentimento em relação ao exame ao qual seriam submetidos. A partir de então, oportunizou-se a cada um dos participantes expressar seus sentimentos, relacionando-os com a figura escolhida. Destaca-se, dessa forma, a valorização da subjetividade individual, favorecendo a expressão de sentimentos e percepções com vistas a identificar o processo vivenciado. Esse método de reflexão desenvolvido junto aos clientes possibilitou a manifestação de suas inquietações, dúvidas e anseios relacionados ao procedimento, bem como de suas trajetórias no sistema de saúde até o momento. Essa etapa trouxe ciência das dificuldades vivenciadas pelos clientes, consistindo de indicativo para a elaboração do Protocolo de Cuidado para PAAF de mama e tireóide. No encontro com a equipe de saúde, esses dados foram determinantes para a obtenção da adesão dos profissionais na construção desse Protocolo.

Considerando ser uma Pesquisa Convergente Assistencial, as ações educativas foram realizadas em salas de espera, com duração aproximada de 40 minutos, onde, ao mesmo tempo em que se coletavam informações pertinentes à elaboração do Protocolo, eram realizadas as orientações, ou seja, à medida que ocorria a verbalização das dúvidas dos clientes, estas eram elucidadas. As orientações pertinentes ao exame consolidandaram-se, dessa forma, no processo de educação em saúde e foram direcionadas a esclarecer os questionamentos e dúvidas pessoais e coletivas no momento que antecedia ao exame. As dúvidas mais frequentes referiam à: finalidade do exame, local de punção, cuidados durante e após o exame, resultados e encaminhamentos.

Entretanto, foram realizadas outras orientações relevantes acerca do procedimento, no que refere ao exame em si, posicionamento na maca para punção de mama e tireoide, a colaboração durante a punção, a importância do exame de biópsia para a confirmação diagnóstica do nódulo/cisto encontrado no exame de USG, realizado anteriormente, a necessidade de retorno ao seu médico para mostrar o resultado do exame, entre outros aspectos. Explicou-se, nessa ocasião, que o médico Radiologista avalia o exame anterior e, posteriormente, faz a varredura com o transdutor para localizar o nódulo a ser puncionado, assim permanecendo para guiar a punção que é executada pelo médico patologista. O procedimento consiste na introdução, no nódulo, de uma

agulha de pequeno calibre, acoplada a uma seringa que aspirará uma amostra do conteúdo. Salientou-se a importância da colaboração do cliente em não engolir e não falar no momento da punção da tireóide, para evitar intercorrências. Após a aspiração do material, o local da punção passa por novo exame de USG para avaliar a estrutura puncionada. Após a avaliação do material aspirado, no microscópio, o cliente é encaminhado para ante-sala onde aguarda por aproximadamente dez minutos, sendo liberado se estiver bem.

Na finalização do encontro foram confirmadas, com o grupo, as expressões externadas. Os clientes foram, então, informados dos objetivos e intencionalidade da pesquisa e convidados a participar da mesma. Explicou-se que o procedimento de punção seria efetuado independentemente da participação ou não na pesquisa. Em seguida, realizou-se a leitura do TCLE para obtenção da autorização consentida do exame e as dúvidas que surgiram a respeito do mesmo, elucidadas. Aos que manifestaram o interesse em participar do estudo, foi entregue o TCLE para assinatura em duas vias, permanecendo uma delas com o cliente, e a outra, com o pesquisador.

A fim de concluir essa etapa, foi distribuída a letra da música *Certos Amigos*, do grupo Expresso Rural, para que cantassem, durante a sua execução. O objetivo, nesse momento, era o de firmar a rede solidária entre a instituição e os clientes, favorecendo o relaxamento do grupo para, em seguida, serem encaminhados à sala de exame.

Foram realizados 10 encontros, com presença média de 8 participantes em cada um deles. Todos os clientes integrantes dos grupos em sala de espera aceitaram fazer parte da pesquisa (100%) e destes, somente 2 não foram entrevistados, pois os mesmos dirigiram-se ao laboratório a fim de entregar material para a realização de exames complementares.

As entrevistas semi-estruturadas (Apêndice C) foram efetuadas com os clientes após a realização do exame, e a finalidade desse instante foi obter informações sobre as contribuições ou limitações do processo educativo ocorrido nas sala de espera. Serviu também de momento de diálogo e reflexão da prática sob vários ângulos, pois a entrevista favorece a interação frente a frente do sujeito pesquisado (TRENTINI; PAIM, 1999).

Dessa forma, as entrevistas tiveram por finalidade investigar quais as percepções dos clientes a respeito do processo educativo em saúde, bem como, desvelar se esse momento favoreceu a realização do exame de forma menos traumática e sem dúvidas. Caracterizou-se como um momento individual em que as inquietações não expressadas



anteriormente puderam ser manifestadas, ouvidas e registradas. Procurou-se validar essas entrevistas no mesmo momento, por se tratar de clientes que só retornarão ao Serviço de Radiologia para obter o resultado da USG e do laudo citopatológico, no Serviço de Patologia. Sendo assim, garantiu-se maior veracidade e fidedignidade dos dados.

### **5.5.2 Elaboração da proposta de protocolo de cuidados**

A construção do protocolo foi realizada com base nas informações colhidas com os clientes considerando suas argumentações, anseios e expectativas; nas rotinas já estabelecidas nos Serviço de Radiologia e Anatomia Patológica, acrescido do conhecimento adquirido/vivenciado ao longo dos anos, ao acompanhar a realização de PAAF de mama e tireoide nesse Serviço e nas evidências científicas identificadas na literatura. Ponderando acerca desses dados, sistematizou-se um fluxograma que delinea toda a trajetória percorrida pelo cliente, desde sua chega ao Serviço de Radiologia, passando pelo momento de educação em saúde, ao lanche, ao ato da punção em si, até a sua liberação definitiva do Serviço.

Configurada essa etapa, iniciou-se a formatação do protocolo onde foram explicitadas todas as atividades que envolviam o processo de Punção Aspirativa por Agulha Fina, situando, nesse momento, a organização das ações por sequência de acontecimentos, identificando o profissional a quem é designada a responsabilidade pela execução da ação e a justificativa dessa ação baseada nas evidências científicas. Obtiveram-se as evidências científicas junto às bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), 1030 artigos; Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature/ Publishing's Product & Services (CINHAL/EBSCO), 377 artigos e Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), 50 artigos, aplicando para tal os descritores em português e inglês: *Punção Aspirativa por Agulha Fina, biópsia, câncer de mama, câncer de tiróide, enfermagem*. Como critérios de inclusão foram adotados textos completos *on-line*, nacionais ou internacionais, pesquisas randomizadas com grau de evidência I a IV (JOANNA BRIGGS apud WILLIAMS E LESLIE, 2005) (Anexo A), publicados no período compreendido entre os anos de 2005 a 2011, que atendessem ao estudo proposto.

Identificadas as evidências científicas, foram justificadas as ações de cuidado e arroladas na proposta de protocolo da PAAF de mama e

tireoide. Em seguida, esse conjunto de ações sistematizadas em instrumento próprio, respeitando a ordenação de execução do procedimento, foi encaminhado via correio eletrônico, ou na forma impressa, à equipe de saúde envolvida no processo, para apreciação e sugestões.

### **5.5.3 Validação do protocolo**

A construção do protocolo aconteceu com o envolvimento e participação efetiva da equipe que atua no procedimento de PAAF de mama e tireoide. Foram realizados dois encontros coletivos oportunizando aos profissionais, espaço para refletir, discutir, opinar, sugerir e validar o procedimento e a prática assistencial a serem desenvolvidos junto a esses clientes. No primeiro momento, ocorreu um encontro com a equipe de saúde do Serviço de Radiologia e do Serviço de Anatomia Patológica, para exposição do projeto e apresentação das informações obtidas junto aos clientes que subsidiariam a elaboração do Protocolo de Cuidado para PAAF de mama e tireoide. Concretizou-se, assim, a articulação entre as falas dos clientes e as reflexões dos profissionais, de forma a delinear indicadores de atuação que integrariam as situações apontadas para a construção de novo conhecimento para a prática assistencial no atendimento ao cliente. Em decorrência da distribuição do esboço do protocolo aos componentes da equipe de saúde, seja na modalidade digitalizada ou impressa, legitimou-se o compartilhamento das informações. Nesse sentido obtivemos, junto às devolutivas, sugestões, opiniões e críticas que foram amplamente discutidas durante o segundo e último encontro da equipe de saúde integrado de um representante da Direção Geral da Instituição. Tal presença agregou valor ao processo como um todo. Esse momento serviu para validação e aprovação do Protocolo de Cuidados a Clientes Submetidos à PAAF.

O encontro promovido para a discussão do Protocolo permitiu a troca de informações, opiniões e o debate acerca das sugestões enviadas pelos integrantes da equipe de saúde. A equipe apontou alguns encaminhamentos que foram providenciados pela pesquisadora ao término da reunião, a saber: elaboração de um formulário para emissão de resultado pós-punção para ser entregue ao cliente no momento da sua liberação. Esse dispositivo foi criado com o auxílio de profissional da equipe de saúde que participou como sujeito da pesquisa.

Posteriormente, o impresso foi enviado por correio eletrônico aos representantes da área médica para avaliação e validação (Apêndice D). Também foi aprovado o encaminhamento de solicitação de fornecimento de lanche a esses clientes à Direção de Apoio Administrativo (até então o lanche era oferecido com recursos da pesquisadora).

A participação interdisciplinar foi intensa, possibilitando a deliberação de todas as alíneas do Protocolo, permitindo assim, sua validação e conclusão nesse momento.

## 5.6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A fase de análise compreende a interpretação das informações coletadas. A apreciação das informações ocorreu partindo-se da organização do relato das informações obtidas junto aos clientes, dos profissionais e da literatura pertinente, identificando-as em categorias temáticas “que consistem num conjunto de expressões com características similares ou que tenham estreita relação de complementaridade estabelecida de acordo com determinado critério” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 105).

Os dados dos encontros e das entrevistas foram transcritos e examinados minuciosamente para, posteriormente, serem reunidos em categorias temáticas e interpretados, explicitando-se quais os pontos em comum, quais as dúvidas mais frequentes, quais os anseios desse grupo de clientes.

Sob essa perspectiva, o Protocolo foi construído e validado junto ao grupo de profissionais com base na imersão da pesquisadora nos resultados decorrentes dos encontros e entrevistas com os clientes, das discussões com os profissionais e nas evidências científicas acerca do exame de PAAF, consolidando duas grandes categorias: a percepção do cliente frente à PAAF de mama e tireóide e o Protocolo de Cuidados, as quais deram origem a dois manuscritos:

- 1 manuscrito: **Educação em Saúde no Serviço de Radiologia: orientações para Punção Apirativa com Agulha Fina de mama e tireóide.**
- 2 manuscrito: **Protocolo de Cuidados para Punção Aspirativa por Agulha Fina de mama e tireóide.**

## 5.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo envolve pesquisa com seres humanos e, nesse sentido, tem a preocupação com os aspectos éticos e morais e a preservação dos direitos humanos, pautando-se em consonância com os princípios éticos universais sustentados pela Resolução 196/96 (BRASIL, 1996a).

A resolução 196/96 “incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referências básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado” (BRASIL, 1996<sup>a</sup>).

Os integrantes da pesquisa tiveram garantidos os seus direitos de autonomia, participaram de forma voluntária e, em momento algum, foram coagidos ou discriminados. A concordância em participar foi afiançada com a assinatura do TCLE, que explicita os objetivos da pesquisa e disponibiliza contatos com a pesquisadora em caso de dúvidas ou desistência. Quanto à beneficência e não maleficência garantiu-se aos clientes a segurança e a não exposição a riscos, danos físicos ou psicológicos. Ficou assegurada a privacidade, sigilo e anonimato de acordo com o princípio da justiça. Assim, todo o material coletado permanecerá em posse da pesquisadora pelo período de cinco anos, com o compromisso de descartá-lo de forma segura após esse período.

Esse projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da UFSC, obtendo parecer favorável, sob o Protocolo n° 1017/10.

## 6 RESULTADOS

Os resultados do estudo serão apresentados em forma de dois manuscritos sendo posteriormente encaminhados para publicação, conforme Instrução Normativa 03/MP-PEN 2011, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional - Gestão do Cuidado.

### 6.1 MANUSCRITO 1: EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO SERVIÇO DE RADIOLOGIA: ORIENTAÇÕES PARA PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA DE MAMA E TIREÓIDE

**Health Education in Radiology Services:  
orientations for fine needle aspiration puncture**

**Educación en Salud en el Servicio de Radiología:  
orientaciones para punción aspirativa por aguja fina**

ROSINI, Ivone<sup>1</sup>; SALUM, Nádía Chiodelli<sup>2</sup>

**Resumo:** Trata-se de uma pesquisa Convergente Assistencial desenvolvida no Serviço de Radiologia de hospital escola, cujo objetivo é conhecer os sentimentos e expectativas dos clientes submetidos à Punção Aspirativa por Agulha Fina de mama e tireoide. A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2010 a abril de 2011, por meio de 10 encontros educativos no modelo sala de espera, totalizando 88 clientes e entrevistas, com o intuito de conhecer as potencialidades e os

---

<sup>1</sup> Mestranda do Programa de Pós Graduação do Departamento de Enfermagem/UFSC – Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado. Enfermeira do Serviço de Radiologia do Hospital Universitário/UFSC. Serv. Alcides Anacleto Vieira, 93/504 Florianópolis-SC (49) 3207- 3546, ivonerosini@gmail.com.

<sup>2</sup> Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Programa de Pós Graduação do Departamento de Enfermagem/UFSC – Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermeira Coordenadora do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem do Hospital Universitário/UFSC. Ferreira Lima, 247/702 Florianópolis – SC (48) 3223-8599. nchiodelli@gmail.com.

limites da sala de espera. Surgiram como categorias de análise: percepção dos clientes frente ao exame, o câncer como estigma e a educação em saúde como estratégia de enfrentamento. Os resultados revelaram sentimento de medo do procedimento e do diagnóstico. O câncer é estigmatizado como doença “ruim” ou “maligna”, que traz a fé em Deus como alento diante da situação vivenciada. A prática educativa em sala de espera é um espaço privilegiado que minimiza a ansiedade e permite a troca de experiências e conhecimentos entre profissional e cliente, bem como favorece uma rede de apoio entre os clientes e é um espaço importante do enfermeiro no Serviço de Radiologia.

**Descritores:** Educação em saúde. Biópsia aspirativa por agulha fina. Enfermagem.

**Abstract:** An Assistential Convergent research developed in a school hospital whose purpose is to learn about the feelings and expectations of clients submitted to breast and thyroid Fine Needle Aspiration Puncture. Data gathering was realized from September 2010 to April 2011, with 10 educational meetings with waiting room format with 88 clients and interviews, to know the potentialities and limitations of the waiting room. Three analysis categories appear: clients' perception of the exam, cancer as a stigma and health education as a confrontation strategy. The results revealed fear of both the procedure and the diagnosis. Cancer is stigmatized as a "bad" or "malignant" disease, which brings faith in God as encouragement to the situation experienced. Educational practice in the waiting room is a privileged space to lower anxiety and allow a support network among the clients and an important field to the nurse within Radiology service.

**Descriptors:** Health education. Needle biopsy. Nursing.

**Resumen:** Una investigación convergente asistencial desarrollada en el Servicio de Radiología del hospital de enseñanza, cuyo objetivo es comprender los sentimientos y expectativas de los clientes sometidos a la Punción Aspirativa por Aguja Fina de mama y tiroides. La colección de datos ocurrió desde setiembre de 2010 hasta abril de 2011, a través de 10 sesiones educativos em el modelo salón de espera y um total de 88 entrevistas, com El fin de descubrir El potencial y los limites de la sala de espera. Surgieron como categorías de análisis: la percepción de los clientes frente al examen, el cáncer como estigma y la educación en salud como estrategia de enfrentamiento. Los resultados revelaron el sentimiento de temor del procedimiento e del diagnóstico. El cáncer es estigmatizado como "malo", o "maligno", que trae la fe en Dios como

un estímulo a la situación vivida. La práctica educativa en salón de espera es un espacio privilegiado que minimiza la ansiedad y permite el intercambio de experiencias y saberes entre profesionales y clientes, fomenta una red de apoyo entre los clientes y es um importante lugar de trabajo para las enfermeras en el Servicio de Radiología

**Descritores:** Educación en salud. Biopsia por aguja. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O adoecimento por câncer é acompanhado por inúmeras representações de ordem biopsicossocial em virtude da evolução e prognóstico da doença. As estimativas têm demonstrado o aumento progressivo de casos novos de câncer diagnosticados anualmente em âmbito mundial. No Brasil é estimada, para os anos de 2010 e 2011, a ocorrência do expressivo número de 489.270 novos casos (INCA, 2009).

O surgimento da doença é determinado por meio da interação entre a multiplicidade de causas, dentre elas: a exposição à radiação ultravioleta sem proteção, alimentação inadequada, uso do tabaco e do álcool, fatores genéticos, as condições de vida e o meio ambiente (INCA, 2006).

No que diz respeito à prevenção do câncer, é imprescindível que o indivíduo tenha conhecimento dos fatores de risco, das formas de prevenção e de detecção de lesão em fase inicial, para que possa cuidar de si mesmo, uma vez que a realização de um diagnóstico precoce aumenta as possibilidades de cura, de sobrevida e de qualidade de vida (INCA, 2006).

Dentre os diversos tipos de câncer diagnosticados no Brasil, o câncer de mama é o mais comum e é a primeira causa de morte entre as mulheres, com o risco estimado de 49 casos novos para 100.000 habitantes em 2010 (INCA, 2009). O câncer de tireoide não apresenta incidência tão significativa, entretanto, estudo realizado para determinar o índice de câncer de tireoide em 2006, no Brasil, aponta os percentuais de 1,16% casos novos para os homens, e 5,27%, para as mulheres, assinalando, ainda, o aumento nas taxas de incidência, principalmente nas mulheres (BRITO et al., 2011).

A magnitude do problema do câncer tem despertado a atenção da Organização Mundial de Saúde (OMS) no sentido de recomendar que a doença seja encarada como problema de saúde pública, focalizando suas ações estratégicas prioritariamente nas áreas de promoção, prevenção e

diagnóstico precoce.

Aposta na garantia de acessibilidade do cliente aos serviços de saúde para a definição diagnóstica, em casos suspeitos (INCA, 2009). Dentre as ações preconizadas para a detecção precoce encontra-se a avaliação de lesões pré-cancerígenas ou da doença em estágio inicial, com a realização de biopsia da área que apresentar alteração (INCA, 2006). A identificação da presença do nódulo, palpável ou não, em mama e tireoide, traz como recomendação mundial a realização da Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) para elucidação diagnóstica precoce e subsídio do planejamento terapêutico (CAMARGO et al., 2007; INCA, 2007; MAIA et al., 2007; KARIMZADEH; SAUER, 2008).

A Punção aspirativa por Agulha Fina (PAAF) é conceituada como a remoção de material obtido por uma agulha transdérmica, inserida numa região específica, num órgão ou tecido, para posterior análise (KEMP; LIMA, 1995).

Estudos apontam que o exame de Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) é, reconhecidamente, um procedimento eficaz para diagnóstico citopatológico de lesões de mama e tireoide, sendo utilizado por ter a seu favor uma boa relação custo/benefício, e possibilitar a determinação do tratamento a ser seguido, indicando a realização de biópsias de nódulos maiores de 1 cm ou com imagem suspeita (CAMARGO et al., 2007; INCA, 2007; MAIA et al., 2007; KARIMZADEH e SAUER, 2008).

No que se refere à prevenção do câncer, a educação em saúde é apontada como importante estratégia quando empregada de forma a instigar, no cidadão, o processo de reflexão crítica e a adoção de padrões de vida saudáveis para si e para a coletividade, tornando-o apto a interceder na realidade do contexto em que está inserido (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009). Nessa perspectiva, a abordagem da educação em saúde enquanto prática da enfermagem evidencia a necessidade do enfermeiro do Serviço de Radiologia de investir em uma “educação crítica e transformadora”, possibilitando, assim, a manutenção da saúde coletiva e individual (SOUSA et al., 2010, p. 60). É sob a ótica da promoção da saúde e prevenção da doença que surge a necessidade de estabelecer um processo educativo junto aos clientes que procuram o Serviço de Radiologia do HU, para a realização de procedimento invasivo, a PAAF, com fins diagnósticos, principalmente por suspeita de câncer.

Apesar de sua importância no contexto da prevenção, tratamento e cura das enfermidades, o trabalho do enfermeiro no Serviço de



Radiologia ainda é pouco visível nas Instituições de saúde. O enfermeiro desenvolve suas atividades nas áreas gerencial, educativa e assistencial, focalizando esta última de forma prioritária, de tal modo que algumas questões tornam-se inerentes ao olhar do profissional, tais como a apreensão e a falta de conhecimentos demonstrados pelo cliente ao chegar à Instituição para a realização de procedimento invasivo.

A solicitação da PAAF é de responsabilidade médica, sendo a execução do procedimento realizada em Instituições pública ou privada que possua, em seu elenco, profissional habilitado para tal fim. O Serviço de Radiologia do Hospital Universitário é credenciado como um dos prestadores do procedimento de biópsia por meio da PAAF no Estado, sendo que o agendamento do mesmo ocorre via Sistema de Regulação da Secretaria Municipal de Florianópolis (SISREG) ou diretamente no Serviço de Radiologia do Hospital Universitário.

Em relação à PAAF, observa-se, na prática, que o cliente é informado e encaminhado para a realização do procedimento pelo seu médico, mas nem sempre recebe as orientações referentes ao exame propriamente dito. Dessa forma, o cliente chega à Instituição, na maioria das vezes, com pouca ou nenhuma informação a respeito do exame, desconhecendo como e para que é realizado. Tal prática de saúde tem se mostrado pouco efetiva para atender às necessidades de cuidado à saúde de indivíduos, famílias e grupos sociais, pois desconsideram a participação desses sujeitos no enfrentamento de suas necessidades e seus problemas de saúde (LEONELLO; OLIVEIRA, 2009).

Frente à inexistência de práticas de Educação em Saúde no Serviço de Radiologia, a pesquisadora, como enfermeira do Serviço, ao receber o cliente para a realização da PAAF, percebe a vulnerabilidade emocional com que esses clientes ingressam no setor, o que justifica, por si só, a necessidade de acolhimento e produção de atos de saúde voltados a esse grupo. Diante desse cenário, e ao reconhecer as dificuldades enfrentadas pelos clientes, sentiu-se a necessidade de estabelecer um processo dialógico anterior ao exame com o intuito de orientar e de identificar os sentimentos dos clientes, com vistas a não comprometer o cuidado e a humanização da assistência. Assim, por meio de ações educativas propôs-se conhecer as necessidades psicoemocionais externadas pelos clientes, e estabelecer uma metodologia de orientação que promova a internalização do conhecimento acerca da PAAF, possibilitando o compartilhamento coletivo das informações, tornando-os co-partícipes do processo. Essa perspectiva favorece um método educativo, reflexivo e participativo em que se estabelece uma “relação de ajuda”, fundamentada em crenças,

valores, cultura e expectativas do cliente (SILVA et al., 2010, p. 728).

A expectativa relacionada à execução desse processo assistencial vem da preocupação do profissional para com o cliente, na intenção de minimizar o sofrimento desse momento específico ao estabelecer uma escuta ativa e de qualidade informativa. Tal procedimento agiliza o retorno do cliente ao seu médico para a definição da conduta terapêutica, acelera o início do tratamento e, em muitos casos, retarda o avanço da patologia já instalada.

Nesse sentido, o estudo teve como objetivo conhecer os sentimentos, expectativas e dúvidas dos clientes submetidos à PAAF.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

Trata-se de uma pesquisa Convergente Assistencial de abordagem qualitativa desenvolvida no Serviço de Radiologia do Hospital Universitário/UFSC, no período compreendido entre setembro de 2010 e abril de 2011. Participaram do estudo 88 clientes agendados para a realização de PAAF de mama e tireoide que, após serem esclarecidos sobre os objetivos, justificativa, métodos e relevância do estudo, aceitaram participar do mesmo. A coleta de dados foi realizada em 10 encontros educativos na modalidade sala de espera e entrevista semi-estruturada, obtida após a realização da PAAF, com a participação em média, de 8 clientes por encontro. Os encontros aconteceram em momentos únicos, às quartas-feiras, dia em que são realizadas as PAAFs na Instituição, utilizando-se o momento que antecede a execução do exame. A sala de espera é idealizada com o objetivo de propiciar espaços de compartilhamento de informações, estabelecer interação e troca de saberes, fixando-se como uma ferramenta utilizada nos Serviços de Saúde para promover o processo reflexivo e de co-responsabilidade (BRASIL, 2009). Considerando que os grupos eram diferenciados em relação a gênero, faixa etária, necessidades biológicas e sociais, a condução utilizada foi adaptada ao perfil de cada grupo, seguindo a lógica de conhecer as percepções dos clientes frente à PAAF. As atividades desenvolvidas nas salas de espera foram gravadas e, posteriormente, transcritas, com complementação de memória recente da pesquisadora, no que se refere à comunicação não verbal, para posterior agrupamento temático.

A inclusão dos clientes nos grupos sala de espera ocorreu após a apresentação dos mesmos junto ao guichê de recepção para a confirmação da presença e entrega dos documentos. Nesse momento os clientes foram convidados a participar do encontro para conversar sobre

o exame ao qual seriam submetidos, sendo encaminhados à sala previamente preparada para o desenvolvimento das atividades. Após as orientações iniciais, foram apresentados os objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Aos clientes que concordaram em participar do estudo, o TCLE foi fornecido em duas vias para assinatura, permanecendo uma com o cliente e outra, com a pesquisadora.

Os encontros foram organizados em três momentos: acolhimento e apresentação, orientações pertinentes ao exame de PAAF e avaliação do momento vivido. No acolhimento, a organização foi elaborada de forma a buscar a inclusão e o reconhecimento do grupo. Foi utilizada como estratégia a apresentação individual de cada participante que, em seguida, foram convidados a escolher, dentre as figuras expostas, a que melhor expressasse seus sentimentos perante a realização do exame. Na sequência, os clientes foram estimulados a verbalizar suas expectativas e dúvidas relacionadas ao exame por meio de uma tempestade de idéias, guiadas pelas questões de reflexão:

1. Quais suas expectativas em relação à realização da punção?
2. Quais as dúvidas que você tem para a realização do exame?

Diante das dúvidas, dos questionamentos e das expectativas externadas gerou-se um momento de discussão de forma interativa, buscou-se a elucidação, redefinição do imaginário e reafirmação dos posicionamentos assertivos por meio de orientações pertinentes ao procedimento.

Ao término do exame, foi realizada entrevista semiestruturada com o cliente a fim de avaliar e identificar as potencialidades e limites do encontro em sala de espera. Os clientes foram identificados pela sigla “P”, seguida do número de ordem das entrevistas (P1, P2,..., P88). O agrupamento dos dados dos encontros e das entrevistas possibilitou a formulação de três categorias de análise: a primeira congregou os resultados sobre a percepção acerca do exame; a segunda demonstrou o estigma do câncer; e a terceira, revelou a Educação em Saúde como estratégia para o enfrentamento. Tais categorias foram discutidas com vistas ao estabelecimento de nexos com a política de saúde.

Ressalta-se que a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) foi tomada como referência no que tange aos aspectos éticos. A submissão da pesquisa ao Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina obteve aprovação conforme protocolo nº 1017/10.

## DISCUSSÃO E ANÁLISE

O perfil dos integrantes da pesquisa aponta que os clientes submetidos à PAAF de mama e tireóide na Intuição eram provenientes de diversas regiões do Estado de Santa Catarina, com histórias e experiências de vida e profissional diversificadas.

Dos 88 participantes, 79 eram do sexo feminino e 9, do sexo masculino. A faixa etária revela que os participantes tinham entre 17 e 84 anos, com predominância da idade entre 50 e 70 anos. Quanto ao local de origem, 100% dos participantes são naturais ou residentes de Santa Catarina. Constata-se que a maioria é da grande Florianópolis, com 48%; a região Sul representa 17%; a região Oeste, 11%; a região Norte, 10%; o Vale do Itajaí, 9%; e a região Serrana, 3%. Essa amostragem ratifica a operacionalização do Convênio<sup>3</sup> firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES) e o HU em 2004, que certifica o HU como Hospital de Ensino junto ao Ministério da Educação, o que o torna referência em exames de média/alta complexidade, dentre eles, a PAAF, em âmbito estadual.

Com relação ao acesso para agendamento, esse se dá em dois locais: no setor de alto custo da Secretaria de Estado de Saúde (SES), por meio do SISREG, responsável por 53% das PAAFs realizadas; e no Serviço de Radiologia do HU, responsável pelos outros 47%. Em relação ao órgão a ser punccionado, observa-se que as biópsias de tireoide representam 88% das solicitações, enquanto que as de mama, 12%.

A crescente demanda de biópsias de tireoide pode estar vinculada à identificação precoce de cistos e nódulos, realizada por meio de exame físico e de ultrassonografia, indicando a necessidade de realizar a PAAF para obter material citológico e confirmar o diagnóstico. Estudos apontam que o achado em fase inicial da doença de carcinoma papilífero está correlacionado ao diagnóstico precoce da doença em virtude de busca ativa, da evolução tecnológica dos exames por imagens e a interação entre as especialidades médicas (CHOI, PARK, KOH, 2008; NEMETZ, NEMETZ, SANTOS, 2011). O aumento da incidência de câncer de tireoide está associado também a fatores de risco, tais como mudanças de hábitos alimentares, ao fumo, a etnia e localização geográfica, assim como a exposição a agentes ionizantes (WARD;

---

<sup>3</sup> SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Saúde. Convênio N° 001/HU/UFSC/2011. Convênio firmado entre Governo do Estado de Santa Catarina e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) referente ao plano operativo, assinado em 2011. [documentos].

GRAF, 2008).

Apesar de o estudo ter apontado as PAAF's de mama em menor número, os dados apontam que o câncer de mama é o tipo mais comum entre as mulheres e o segundo mais frequente em todo o mundo, registrando o surgimento de 49 mil casos novos no Brasil para os anos de 2010/2011 (INCA, 2009). Observou-se, na Instituição em estudo, que nos últimos meses houve uma maior demanda na realização de biópsias de mama por meio de *core biopsy* e *estereotaxia*, que consiste na retirada de amostra de tecido utilizando-se para tal de agulha grossa e calibrosa, realizada com o auxílio do aparelho de ultrassom e mamógrafo, respectivamente. Isso evidencia que a investigação para nódulo de mama pode ser realizada por meio de outras técnicas diagnósticas.

### ***Percepção dos clientes frente ao exame***

Na apreensão das percepções frente à realização da PAAF, os sentimentos foram vivenciados e manifestados diferentemente por cada um dos clientes, evidenciando, por meio da escuta sensível e ativa, as subjetividades presentes no diálogo entre pesquisadora e clientes.

A manifestação dos sentimentos pode ser observada pelo acolhimento do grupo, que ocorreu de forma lúdica, com a escolha de figuras, instigando-os a expressarem seus sentimentos, anseios, dúvidas em relação à realização do exame. Esse momento foi distinto em cada um dos grupos. Em alguns deles, essa dinâmica provocou uma maior interação entre os participantes, gerando movimento em torno das figuras dispostas, além de comentários a respeito das mesmas. Em outros, houve interferência dos participantes no sentido de indicar qual delas deveria ser a escolhida. Muitos dos participantes realizavam conexão entre a figura selecionada e seus anseios, verbalizando para o grupo:

*[...] hoje eu me sinto assim, comendo uma pimenta porque eu já passei por tanto! Então eu me sinto como se eu estivesse comendo uma pimenta daquelas bem braba (apontando para a figura de uma mulher com uma pimenta na boca) (P 29).*

Em outros grupos, a disponibilidade em observar as figuras e tentar correlacioná-las com seus sentimentos não obteve o resultado esperado, pois os participantes estavam inibidos e desconfortáveis para

escolher a figura ou não encontravam nenhuma que tivesse um significado especial, conforme se pode observar no relato:

*[...] eu não quero pegar, nenhuma delas me diz nada (P23).*

Relacionar a figura com seus sentimentos pode representar uma tarefa até certo ponto difícil. O ser humano é impelido a agir, trabalhar, a *funcionar* sem despendar tempo para seus sentimentos. Dispor de instantes para refletir a respeito do momento vivido permite entrar em contato consigo e se perceber. Esses sentimentos puderam ser expressos conforme a fala de P67, que se manteve calada, com a emoção contida durante todo o encontro e, somente após a realização do exame e durante a entrevista individual, conseguiu verbalizar seus sentimentos:

*[...] quem não gosta de falar, chora! Eu aproveito se tem alguém chorando. Eu tava presa, me sinto sozinha. Sabe por que eu tirei aquela figura? (lembrando a figura de uma senhora à beira de uma estrada de ferro com uma enxada nas mãos, uma foto antiga que lembra a época da guerra). [...] Depois que eu retirei a figura é que vi que ela tava com uma enxada nas mãos, é a minha luta! (P 67).*

O emprego das figuras estimulou os clientes a repensar e expressar seus sentimentos com vistas a minimizar a angústia e a ansiedade próprias da expectativa de realizar um exame que pode alterar seu processo de viver. Evidenciou-se, no grupo, que a verbalização de sentimentos demanda mobilização de energia para mais um enfrentamento que é a exposição de si, diante de pessoas desconhecidas, num ambiente estranho. Nesse aspecto, a entrevista confirmou sua importância enquanto técnica por oportunizar a interação entre profissional e cliente. Muitos dos participantes tiraram proveito do encontro, a exemplo de P67, e conseguiram perceber-se, dando vazão aos seus sentimentos, descobrindo nas figuras, potencialidades para o enfrentamento do momento.

A técnica de tempestade de ideias oportunizou momentos de interação, fornecendo subsídios para a adesão e participação ativa dos integrantes, identificando ainda, fatores que interferem na realização do exame de biópsia.

Em relação aos sentimentos expressos foi possível identificar:

### **sentimento de medo relacionado ao procedimento e sentimento de medo relacionado ao diagnóstico.**

O medo é conceituado como “perturbação resultante da ideia de um perigo real ou aparente ou da presença de alguma coisa estranha ou perigosa; pavor, susto, terror, apreensão” (MICHAELIS, 2009, p.1343). Esse sentimento de perigo real ou apreensão é manifestado de diversas formas, seja por meio de gestos, choro, risos, expressões faciais e verbais.

A necessidade de realização do exame assume, para os clientes, perspectivas e enfoques potencializadores e limitantes que são manifestados em suas falas no micro espaço dos encontros. Sob essa perspectiva, o medo do procedimento manifestou-se em momentos de risos, choro, desabafo, silêncio e depoimentos simples, que explicitaram suas preocupações com o que lhes aconteceria e das expectativas futuras diante de um resultado positivo ou negativo. Observa-se isso nas falas dos clientes:

*Eu estou apreensiva com relação ao procedimento, ao resultado. Eu não sei se tem anesesia ou se não tem. Se é agulhada ou é cortado, é tudo uma mistura! Essa noite eu só vaguei, eu não dormi (P77).*

*Estou com medo. Faz uma semana que não durmo, preocupada porque não sabia o que seria feito, e com o resultado também. Algumas pessoas disseram que seria cortado. A médica, na primeira consulta, disse que não sabia o que era, mas que ia ser cortado. Na segunda, quando fiz o ultrassom, fui orientada que seria colocado uma agulha (P7).*

O medo é parte integrante do ser humano e está associado às situações reais ou oriundas do imaginário. Percebe-se que a acepção do medo toma vulto nas falas dos clientes, no momento em que ocorre uma correlação entre o exame que realizarão e o provável diagnóstico de câncer.

Percebeu-se que a ausência de orientação ou a inadequação das informações sobre o procedimento produziu reações prejudiciais ao cliente. As informações obtidas junto à comunidade, repassadas por alguém que já vivenciou o exame, trazem em seu bojo as percepções pessoais da experiência vivida, seja de forma positiva ou negativa, o que

produzirá em quem as recebe, reações de acordo com sua competência intelectual e emocional de assimilação. Assim, transferem para sua situação a forma como o exame foi vivenciado por outras pessoas. Se orientados por indivíduos que já haviam vivenciado experiências semelhantes e ruins, apreenderam-nas de forma negativa, aumentando o medo.

*Em Braço do Norte o povo assustou. Disseram que vão cortar e tirar um pedaço. Os médicos não disseram nada. Eu vim para cá, muito assustada! (P80).*

*Eles falaram: esse exame que tu vais fazer é biópsia, eles vão tirar com agulha um líquido, isso dói porque depois tu te sentes mal, não sei o que lá, não sei o que lá. Eu penso assim, se eu tenho que enfrentar eu enfrento, mas o meu medo é muito grande (P38).*

*Tem comentários de muitas pessoas que fizeram que dói, que é horrível, que é insuportável, muitas coisas assim (P44).*

Sob esse aspecto se faz necessário valorizar o conhecimento produzido pelo sujeito em seu cotidiano, bem como reconhecer as formas que assume o processo saúde/doença para cada um deles, compreendendo que é esse sujeito único, com toda a sua bagagem, quem irá estabelecer a performance dos serviços de saúde e, a partir desse entendimento, será possível estabelecer um processo de interação entre o saber técnico/científico e o senso comum para produzir conhecimento útil (LEONELLO, OLIVEIRA, 2009). A vivência de cada um aponta que a superação desse momento se dá de maneira positiva quando possui o conhecimento acerca do exame, e de forma negativa, quando não é informado de como será o procedimento.

Atualmente, no trabalho em saúde não há mais espaço para a desinformação dos clientes acerca de sua saúde. Os saberes, as ideias e decisões devem ser compartilhados entre profissionais e clientes. O enfrentamento do sofrimento adquire uma linguagem única e própria nas diferentes culturas, baseado nas experiências vivenciadas, sendo que a forma de enfrentá-lo depende, em parte, da interpretação individual do seu significado e do sentido que faz para sua vida (HELMANN, 1994).

Percebeu-se que a maioria dos clientes estava ansiosa, com medo



do exame e da forma como seria realizado, se haveria ou não o uso de anestesia, com a crença de que seria cortado um pedaço do local onde há o nódulo. Entretanto, comprovou-se que alguns estavam tranquilos, pois já tinham recebido informações claras sobre o procedimento, e que, portanto, sabiam que seria utilizada uma agulha ou injeção para realizar a punção. Entendiam que na introdução da agulha há certo desconforto e dor.

*Vai ser no duro assim? Sem anestesia, não é passado nada? (P8)*

*[...] hoje eu estou tranqüila, eu sei que dói (P47).*

*[...] eu estou tranqüila. É uma punção, eu nunca fiz. Pode ficar uma marca, a gente tá ciente. Eu nunca fiz. Mas não tenho medo (P2)*

O medo da dor foi relatado por muitos clientes e essa apreensão é um fator causador de estresse para a maioria deles. Fernandes; Medeiros, Ribeiro (2008) afirmam que a interpretação dos fatores que causam estresse é pessoal, e está relacionado à forma com que cada indivíduo se mobiliza para o enfrentamento da situação vivenciada, cabendo-lhe a responsabilidade de avaliar e definir quais recursos utilizará para superar cada situação estressante vivida. Diante dessas acepções, tornam-se compreensíveis as expressões de temor dos integrantes dos grupos, principalmente se considerarmos que agulhas, na área da saúde, são utilizadas para aplicação de injeções, coletas de material e, dificilmente, alguém na idade adulta não tenha se submetido a um desses procedimentos, conhecendo, portanto essa experiência desagradável.

A dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor como sendo “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos desses danos” (PEDROSO, CELICH, 2006, p. 271). Constitui-se, assim, em “uma experiência privada e subjetiva, não resultando apenas de características de lesão tecidual, mas que integra também fatores emocionais e culturais individuais” (BUDÓ et al., 2007, p. 37).

Outro aspecto que surgiu em destaque nas falas dos clientes é a ansiedade manifestada em relação ao resultado/diagnóstico que esse exame possa revelar:

*[...] minha preocupação não é o dia de hoje, pode me virar do avesso. É o amanhã, é com o resultado que pode vir (P76).*

*[...] mais com relação ao resultado, para a gente tranquilizar, né? Para medicar, para saber se é grave ou não é. Para resolver o problema. Nem tanto com o exame, acho mais é com o depois (P15).*

Os temores do procedimento e do diagnóstico, assinalados pelos clientes, apresentam causas diversas, dentre elas, a falta de informações adequadas sobre o exame e as possibilidades de diagnóstico, em que o câncer é a principal suspeita e é visto como um grande flagelo para a sociedade em virtude do sofrimento, mutilações e comprometimento das relações afetivas e sociais que traz para a pessoa e sua família (ARAÚJO; FERNANDES, 2008).

### **Câncer como estigma**

Em nossa sociedade, o câncer é considerado uma doença incurável e estigmatizante, que acarreta sentimentos negativos em todas as etapas, desde o diagnóstico, até o tratamento e prognóstico, pois traz consigo sofrimento e o medo iminente da morte (GUERRERO et al., 2011).

Ao abordar os motivos para a realização do exame, os participantes demonstram o estigma que o câncer carrega. Observou-se que a palavra câncer foi pouco mencionada em todos os encontros. Havia um acordo velado entre os participantes e praticamente ninguém a usava. Ao falar sobre o diagnóstico, referiam-se ao mesmo com os termos *positivo* ou *negativo*, *doença*, *benigno* ou *maligno*, conforme nos mostram as falas:

*Acredito que tudo é uma aceitação, queremos saber se é positivo ou negativo. Tô preparada para o negativo. Mas temos que ter fé e Deus no coração. Não se pode entrar é na depressão, senão tudo é mais difícil de lidar (P 73).*

*[...] estou um pouco ansiosa porque já perdi dois na família, fui encaminhada para Joaçaba. E estou nervosa também, se é maligno. Eu vi minha irmã sofrer 8 anos! No mesmo seio, embaixo do*

*mamilo, que daí, em Joaçaba, disseram que não podiam me atender e me mandaram para cá. Então eu estou bem nervosa, porque estou com bastante problema na minha vida. (P17).*

*Eu já tive caso na família, a ansiedade é maior ainda, minha irmã. E eu vi todo o sofrimento dela. Tenho medo de ser maligno e passar por tudo o que ela passou. (P4).*

O câncer é considerado, por estudiosos, como uma doença complexa que foi vista por muito tempo como doença ligada ao poder maligno, de comportamento destruidor do corpo (HELMAN, 1994; CARVALHO, 2008; NASCIMENTO; SILVA; MACHADO, 2009). Essa crença delineava o comportamento do grupo, em que a simples menção da palavra câncer poderia concretizar a doença em quem a proferisse. Na atualidade, com toda a tecnologia a serviço da saúde, a possibilidade de adoecer com câncer, que tem um “caráter sombrio e imprevisível”, trazem em seu bojo um longo caminho a ser percorrido, com exames frequentes, tratamentos cirúrgicos, quimioterapia, radioterapia, controles laboratoriais, além da ansiedade frente à incerteza da efetividade da terapêutica e do afastamento de familiares pelas longas internações (NASCIMENTO; SILVA; MACHADO, 2009, p. 560). Nesse sentido, não é um fenômeno novo, mas um campo de estudo que passou a ganhar relevância em consequência das diferentes abordagens de prevenção, diagnóstico e tratamento que precisam ser apreendidos pelas equipes de saúde.

Poucos foram os clientes que se referiram ao câncer de forma explícita. A grande maioria que o fez, possuía uma experiência muito próxima de familiar ou amigo acometido pela doença, o que o habilitava a falar de forma clara, empregando a palavra câncer sem dificuldades, independente de essa experiência ser positiva ou negativa:

*[...] eu tive uma amiga que teve câncer e me contava tudo, inclusive das reuniões de apoio. [...] se for aquela doença que ninguém diz o nome, e diz que é um castigo, mas não é um castigo, é uma doença que é o câncer. Eu vou ter que enfrentar (P43).*

A vivência de desempenhar a função de *cuidador* de um familiar

acometido por câncer e acompanhar seu sofrimento origina angústia e medo diante da confirmação do diagnóstico. A família da pessoa doente sofre o impacto da enfermidade, desestabilizando-se, fragilizando-se, originando sofrimento aos seus integrantes (CARVALHO, 2008) e nesse sentido a permanência do familiar junto ao cliente favorece o enfrentamento da doença. Por outro lado, essa vivência da fragilização do ser humano diante da possibilidade de um resultado maligno também o fortalece e o mobiliza na busca de alento e força para superar a doença. A fé em Deus, independentemente da religião na qual estão inseridos, foi vinculada à esperança e crença na possibilidade de suportar o sofrimento:

*Fiz uma cirurgia da mama, tirei câncer. Tô meio pensativa, mas tô feliz porque estou aqui para ficar curada, me peguei a Jesus e vou seguir em frente! Não quero ficar triste, não quero ficar preocupada, quero ir sempre em frente, porque não adianta eu ficar me desesperando, me descabelando, eu tenho que ir em frente. O que tá marcado no meu caminho, vai ser, né? Porque nós aqui somos só uma passagem (P47).*

A confiança em um ser superior como Deus representa um caminho para a paz interior e conforto para o enfrentamento do procedimento e do diagnóstico. A espiritualidade tem sido assinalada como suporte de mobilização de energia para lutar contra a doença, sendo fonte de esperança e redução do sofrimento (GUERREIRO et al., 2011). Considerando que o câncer acarreta implicações e incertezas para o ser humano, essas passam a existir sob forma de problemas em sua saúde física e emocional, comprometendo-o como um todo.

### ***Educação em saúde como estratégia de enfrentamento***

A Educação em Saúde tem sido proposta com a perspectiva de desenvolver o pensamento “crítico/reflexivo sobre a realidade”, possibilitando a instrumentalização necessária ao sujeito e coletividade para transformar o *status quo* e promover mudanças para melhorar as condições de vida saudáveis (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009 p.1454). Dessa forma, tem a perspectiva de favorecer que as pessoas se tornem aptas a intervir de forma autônoma na realidade social.

Vislumbra-se, no Serviço de Radiologia, um espaço novo para o desenvolvimento de práticas educativas, em virtude da diversidade de

procedimentos diagnósticos que são ali realizados. Entretanto, é importante que o “educador trabalhe a partir das concepções dos educandos, que por meio do diálogo aproxime-os dos conhecimentos científicos, que incorpore novos elementos às representações existentes, reorganizando-as se necessário” (PERRENOUD, 2000, p. 28). Nessa perspectiva, quando o processo educativo em salas de espera ocorre a partir do levantamento das dúvidas e ansiedades presente nos clientes, identificando o conhecimento prévio e as experiências individuais que foram compartilhadas, os participantes demonstram satisfação com o processo e acreditam que a realização do exame ocorre de maneira mais tranqüila. A participação dos clientes aconteceu de forma distinta em cada grupo, porém intensa e significativa, evidenciando suas fragilidades, sentimentos e angústia, como se percebe nas falas:

*[...] enquanto fiquei esperando me deu cólica. Eu tive que repetir (referindo-se ao fato de ser puncionada novamente por não haver material suficiente na primeira punção), me deu agonia, mas como já sabia como seria, fiquei tranqüila. [...] antes da palestra eu tava “bombada”. Depois, eu fiquei tranquila. A gente vem leiga 90%. O médico não disse nada. Eu não dormi essa noite, fiquei muito tensa (P77).*

*[...] acho bem positivo. A gente chega bem ansiosa, conversa e vê que não é aquela coisa toda. Uma coisa que a gente aproveita bastante, eu vi que tinha gente com olheira e saiu daqui bem alegre (P41).*

Apesar da sala de espera ser um espaço para tirar dúvidas e compartilhar ansiedades e saberes, alguns clientes relataram que o convite para *conversar* sobre o exame ao qual seriam submetidos provocou apreensão. De imediato ficaram impactados, associando-o à gravidade do caso, conforme mostram as afirmações:

*No início fica meio assustador, o que está acontecendo? O fato de chamar para uma sala não é normal, chamar quando a gente vai fazer um exame! Fiquei confuso, inicialmente (P9).*

*O encontro foi construtivo. No primeiro momento dá impacto, dá ansiedade, mas depois, há desabafo (P73).*

Alguns dos clientes referiram que o convite foi realizado de forma inadequada. Sugeriram então, que o mesmo fosse emitido na recepção, no momento da entrega das requisições do exame e que ficasse clara a sua intencionalidade, pois dessa forma, atenuaria a ansiedade gerada nos minutos transcorridos entre o convite e o início do encontro.

A totalidade dos participantes mostrou-se satisfeita com os resultados das orientações e validou o encontro. Concordam unanimemente que as orientações foram oportunas, auxiliaram e integraram o grupo como um todo, promovendo a troca de experiências e solidariedade num momento de tanta fragilidade:

*Por juntar quem tem experiência, dá segurança e conforto (P76).*

Em relação às orientações referentes à possibilidade de dor durante o exame, essas se mostraram efetivas e importantes para compreendê-la e dimensioná-la, tranquilizando os clientes para o momento do exame, como podemos perceber na fala:

*[...] da outra vez eu fui chorando pra casa porque doeu muito. Hoje, não tô sentindo nada. O encontro foi ótimo, aquilo nos ajudou a ficar mais sossegada, pelo menos pra mim. Porque eu achei que ia sentir dor como antes. Eu nunca tive um encontro assim antes, me ajudou a perder o medo (P87).*

O processo de educação em saúde favorece a compreensão sobre sua condição de saúde e a adesão ao tratamento. A mudança de comportamento pôde ser promovida por meio da troca de informações, do compartilhamento de anseios e ao fato de sentir-se amparado, o que permitiu a realização do exame, minimizando traumas e desconfortos.

Nesse sentido, o SUS, por meio da Política Nacional de Humanização, tem defendido a preocupação com o acolhimento do cliente, enfatizando “a responsabilização do trabalhador/equipe pelo cliente, desde a sua chegada até a sua saída” (BRASIL, 2009, p. 54). Estabelece que acolher é receber bem, com atenção e disponibilidade para escutar e valorizar as particularidades de cada caso, estabelecendo uma ação humanizada (BRASIL, 2009).

A prática educativa realizada por meio da sala de espera

estabeleceu uma conduta de atendimento aos clientes que são agendadas para a realização da PAAF de forma a ter uma escuta ativa e solidária, respeitando as necessidades de cada um. A procura de atendimento ambulatorial fora dos momentos emergenciais instiga os clientes a buscarem um serviço que ofereça bom atendimento, associado a profissionais de saúde que dispensem uma relação pessoal, afetiva, atenciosa e que escutem suas histórias, sofrimentos, queixas, medo e ansiedade (MINAYO, SOUZA, 1989).

Evidencia-se, assim, a necessidade de orientações que antecedam aos procedimentos, principalmente sobre exames invasivos que expõem o ser humano, provocando dor e angústia.

Os clientes reconhecem que houve acolhimento por parte do enfermeiro e que este favoreceu o enfrentamento vivido, assim expressado:

*Foi a primeira vez que fiz, nota dez, eu tava muito tensa, eu descontraí. A espera pelo SUS é desconcertante. Consegui uma consulta aqui dentro, eu nunca vi isso dentro do hospital, foi muito bom, muito bom. Eu vou com a menina no hospital infantil, e nem lá vi coisa igual! (P15).*

As expressões relatadas acerca do acolhimento recebido mostram aspectos que vem sendo discutidos pelas políticas públicas para os serviços de saúde e relacionam-se a uma prática resolutiva que assegure ao cliente um atendimento efetivo para a solução de seus problemas de saúde (BRASIL, 2009).

Considerando as orientações fornecidas, o relato dos clientes infere que, após o encontro, estavam suficientemente instrumentalizados para replicar as orientações recebidas aos moradores de seu Município:

*Agora eu posso chegar lá na minha cidade e falar pra eles como é o exame”. (essa senhora permaneceu quieta e apreensiva durante todo o encontro). No momento da entrevista, a pesquisadora, externando sua preocupação com relação a seu comportamento, obteve a seguinte resposta: “também, lá na minha cidade disseram que iriam enfiar uma agulha por aqui, até aqui” (a fala era acompanhada pelo gestual: a boca aberta e o dedo apontado para seu interior, demonstrando que a agulha seria colocada através da boca até o pescoço). Agora que eu aprendi, já*

*vou poder explicar para o povo lá da minha terra e dizer: vocês vão sair de lá mais felizes do que entraram (P16).*

O encontro, enquanto espaço educativo de livre expressão e interação, possibilitou, além da aprendizagem, a reflexão sobre si mesmo, o conhecimento do outro e a troca de experiências e vivências. A potencialidade da educação em saúde de gerar transformações depende de como as ações educativas são concebidas e desenvolvidas e de que proveito os indivíduos fazem dela (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009).

Alves (2005) corrobora ao refletir sobre o processo de trabalho em saúde, enfatizando a importância de se produzir novos conhecimentos e novas práticas de saúde consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, as ações educativas devem ser pautadas sob a perspectiva de instigar no cliente a reflexão sobre seu processo de vida, instrumentalizando-o a concretizar as mudanças comportamentais necessárias para a obtenção de uma melhor qualidade de vida (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009).

Outro aspecto presente nas falas dos clientes aponta que a troca de experiências na sala de espera propiciou o auxílio mútuo, criando, assim, uma rede de apoio, principalmente por estarem vivendo a mesma situação.

*Nós ficamos nos apoiando uma à outra [...] mesmo que o paciente fale com os médicos, não é a mesma coisa, não tem o mesmo carinho, a mesma atenção. Conversar, explicar, dizer que tá torcendo (P4).*

*O encontro foi válido, a gente se sente mais humano. Às vezes a gente se sente um robô. Na primeira vez que fiz punção, fiquei lá fora, conversei com uma cliente que me auxiliou. [...] A gente é cliente. Eu me senti mais humano mais acolhido. Tem gente que o lado psicológico abate, e é muito importante não acontecer isso (P76).*

O encontro em sala de espera é:



[...] espaço privilegiado para a constituição de rede de apoio, estabelecimento e ampliação de vínculos afetivos; reflexão e conscientização das determinações do processo saúde-doença; organização e mobilização para o efetivo controle social, bem como espaço de ensino-aprendizagem, orientação, intervenção e educação em saúde, efeitos do *empowerment* comunitário proporcionado. (COMBINATO et al., 2010, p. 7).

Destaca-se ainda como aspecto positivo da sala de espera, o esclarecimento de dúvidas de forma interativa e dialógica, pautada na escuta de suas necessidades reais, minimizando a ansiedade:

*Quantas dúvidas a gente tinha aqui, quando você explicou, as pessoas foram para a sala mais tranquilas (P35).*

*O encontro foi bom, as informações dão tranquilidade, a gente vê que tem mais gente com o mesmo problema (P43).*

As ações de educação em saúde, quando realizadas em construção de co-responsabilidade, de forma crítica e construtiva demonstram efetividade para a aquisição e compartilhamento de informações, constituindo-se, o processo de educação em saúde, um dos fatores responsáveis para a garantia de uma assistência de qualidade (LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009). Essas manifestações demonstraram que as ações desenvolvidas durante a trajetória do cliente no Setor de Radiologia protagonizaram ações assertivas com vistas ao cumprimento da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009).

A prática educativa possibilita ao enfermeiro do Serviço de Radiologia atuar sob o aspecto da educação crítica e transformadora, construindo, em conjunto com o cliente, um momento de reflexão e discussão acerca da circunstância vivenciada, demonstrando ser uma estratégia adequada para a abordagem desses clientes. O desafio para a ação educativa em sala de espera no Serviço de Radiologia é promover a aproximação entre os diferentes saberes, possibilitando aos sujeitos envolvidos, “sua participação ativa (e não mais passivo-receptora) nos processos educativos” (SILVA; DIAS; ROGRIGUES, 2009, p.1459). Dessa forma, o diálogo deve constituir-se a principal ferramenta para o

processo de educação em saúde, tendo como ponto de partida o indivíduo e sua realidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo desenvolvido no Serviço de Radiologia possibilitou ao enfermeiro refletir acerca dos sentimentos expressos pelos clientes submetidos à PAAF de mama e tireoide com vistas a minimizar a ansiedade presente nesse momento. O papel desse profissional é, além de repassar informações, estimular a problematização, o saber pensar criticamente, fazendo com que o cliente se torne sujeito do seu processo de saúde/doença, um ser autônomo.

Em seus muitos aspectos, a educação em saúde aproxima o cliente do profissional de saúde na perspectiva de troca de saberes e realização de um cuidado humanizado. Permite o entendimento de suas ansiedades e dúvidas, bem como abre espaço para a orientação no sentido do cuidado de si.

Justifica-se a relevância do estudo por ser um campo de atuação pouco explorado e que vem crescendo por conta do grande número de caso de câncer identificados mundialmente, sinalizando a necessidade de ampliar ações educativas que preparem os clientes para a exploração diagnóstica, bem como abrir espaço de atuação do enfermeiro no Serviço de Radiologia.

Nesse sentido, foi possível identificar, nas falas dos clientes, o medo relacionado ao procedimento, com ênfase ao uso ou não de anestesia e a possibilidade de sentir dor. Percebe-se, ainda, o medo associado ao resultado do exame diante da possibilidade do diagnóstico de câncer. Observou-se também que o câncer ainda é entendido como um estigma, posto que os clientes referem-se a ele de forma velada, utilizando termos tais como *negativo* e *positivo*, *bom* ou *ruim*, para defini-lo. Por outro lado, constatou-se que a fé religiosa funciona como alento no sentido de minimizar a angústia e fortalecer o enfrentamento frente à possibilidade de constatação de câncer.

Do ponto de vista dos clientes, a composição do grupo deve buscar alguma homogeneidade no que diz respeito à situação de vida pela qual estejam passando. Assim, os sentimentos, as ansiedades, os medos podem ser expostos de forma que os participantes, ao compartilharem suas vivências, não se sintam isolados, identificando-se com outras pessoas que se encontram em situação semelhante, oportunizando a troca solidária.

Os encontros oportunizaram um espaço de troca de experiências e

saberes, bem como a livre expressão de sentimentos e percepções relacionadas ao procedimento. Percebeu-se a formação da rede de apoio entre os clientes que procuram, nesse momento de fragilidade, ajudar-se mutuamente com palavras de conforto e alento.

Por outro lado, ficou evidente a fragilidade do SUS, aqui representado pelos profissionais de saúde envolvidos com o procedimento de PAAF, quando agendam e encaminham clientes para a realização de exames invasivos sem as devidas orientações. Os profissionais envolvidos necessitam responsabilizarem-se pelas orientações assegurando aos clientes informações precisas sobre o procedimento a ser realizado.

Implementar essa prática implica em considerar a ação educativa não somente como uma atividade a mais, realizada pelo enfermeiro no Serviço de Radiologia, mas como uma prática que alicerça e reorienta toda a atenção à saúde com vistas a promover um ensino que se aproxime das necessidades de saúde dos clientes que necessitam do cuidado, conhecendo, reconhecendo e respeitando seus valores, experiências e conhecimentos. Sob esse aspecto, a sala de espera constitui-se um espaço para educar e cuidar, estabelecendo articulação entre as diferentes dimensões do fazer do enfermeiro.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39-52, set.2004/fev.2005.

ARAÚJO, I. M. A.; FERNANDES, A. F. C. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Vol. 12, n. 4, p. 664-71, dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Estabelece critérios sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 1996. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/Resolucoes/1996/Reso196.doc>. Acesso em: 14 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: MS, 2009. – (Serie B Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0259.pdf](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0259.pdf). Acesso em: 26 Ago. 2011.

BRITO, A. S.; et al. Estimativa da incidência do câncer de tireoide no Brasil: uma abordagem por meio de modelos polinomiais **Cad. Saúde Pública**. Vol. 27, n. 7. P. 1441-44, Jul. 2011.

BUDÓ, M. L. D.; et al. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**. Vol. 41, n. 1. p. 36-43, 2007. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/300.pdf>. Acesso em: 26 Ago. 2010.

CAMARGO, R. Y. A.; et al. Avaliação preoperatória de nódulos tireóides: papel da ultrassonografia e da biópsia de aspiração por agulha fina, seguida de citologia. **Clinics [online]**. Vol. 62, n. 4, p. 411-8, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/clin/v62n4/a07v62n4.pdf>. Acesso em: 26 Ago. 2010.

CARVALHO, C. S. U. A necessária atenção à família do cliente oncológico. **Rev. Bras. Cancerol**. Vol. 54, n. 1, p. 87-96, 2008.

CHOI, Y. J.; PARK, Y. L.; KOH, J. H. Prevalence of thyroid cancer at a medical screening center: pathological features of screen-detected thyroid carcinomas. **Yonsei Med**. Vol. 49, n. 5, p. 748-56, Oct. 2008.

COMBINATO, D. S.; et al. “Grupos de Conversa”: saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. **Psicol. Soc**. Vol. 22, n. 3, p. 558-68, Sept./Dec. 2010.

FERNANDES, S. M. B. A.; MEDEIROS, S. M.; RIBEIRO, L. M. Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. Vol. 10, n. 2, p. 414-27, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a13.htm>. Acesso em: 26 Ago. 2010.

GUERRERO, G. P.; et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do cliente. **Rev. Bras. Enferm.** Vol. 64, n. 1, p. 53-9, Jan.-Fev. 2011.

HELMANN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/situcancerbrasil/situcancerbras2006.pdf>. Acesso em: 05 mai 2011.

\_\_\_\_\_. **Mamografia**: da prática ao controle. Recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABbGIAH/livro-mamografia-pratica-ao-controle.pdf>. Acesso em: 13 Jun 2011.

\_\_\_\_\_. Estimativa 2010: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo\\_view.asp&ID=2](http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=2). Acesso em: 23 Ago 2011.

KARIMZADEH, M.; SAUER, T. Diagnostic accuracy of fine-needle aspiration cytology in histological grade 1 breast carcinomas: are we good enough? **Cytopathology**. Vol. 19, n. 5, p. 279-86, Oct. 2008. Acesso em: 24 Jun. 2011.

KEMP, C.; LIMA, G. R. Punção por Agulha Fina. In: PIATO, S. **Mastologia**. São Paulo: Roca, 1995. Cap 7. p. 1099.

LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Construindo o diálogo entre saberes para ressignificar a ação educativa em saúde. **Acta Paul. Enferm.** Vol. 22, n. Especial 70 anos, p. 916-20, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/14.pdf>. Acesso em: 23 Ago. 2011.

LOPES, E. M.; ANJOS, S. J. S. B.; PINHEIRO, A. K. B. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Rev. Enferm. UERJ**. Vol. 17, n. 2, p. 273-7, Abr./Jun. 2009.

MAIA, A. L.; et al. Nódulos de tireoide e câncer diferenciado de tireoide: consenso brasileiro. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** Vol. 51, n. 5, p. 867-93, Jul. 2007.

MICHAELIS: Moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2009.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, H. O. Na dor do corpo, o grito da vida. In: COSTA, N. R.; ABRASCO. (Org.). **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. p. 75-102.

NASCIMENTO, T. G.; SILVA, S. R.; MACHADO, A. R. M. Auto-exame de mama: significado para clientes em tratamento quimioterápico. **Rev. Bras. Enferm.** Vol. 62, n. 4, p. 557-561, jul.-ago. 2009.

NEMETZ, M. A.; NEMETZ, A. B.; SANTOS, M. B. Carcinoma papilífero de glândula tireoide: uma análise retrospectiva de 52 casos. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**. Vol. 40, n. 1, p. 1-4, Jan./Fev./Mar. 2011.

PEDROSO, R. A.; CELICH, K. L. S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.** Vol. 15, n. 2, p. 271-84, Abr./Jun. 2006.

PERRENOUD, P. **10 novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SILVA, C. P.; DIAS, M. S. A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros das estratégias saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 14, n. 5, p. 1453-62, 2009. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012430015.pdf>. Acesso em: 23 Ago. 2011.

SOUSA, L. B.; et al. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**. Vol. 18, n. 1, p. 50-60, Jan./Mar. 2010.

WARD, L. S.; GRAF, H. Câncer da tireoide: aumento na ocorrência da doença ou simplesmente na sua detecção? **Arq. Bras. Endocrinol. Metab. [online]**. vol. 52, n. 9, p. 1515-6, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n9/v52n9a18.pdf>. Acesso em: 23 Ago. 2011.

## 6.2 MANUSCRITO 2: PROTOCOLO DE CUIDADOS PARA PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA DE MAMA E TIREOIDE (PAAF)

### **Care Protocol for Patients Submitted to breast and thiroyd Fine Needle Aspiration Puncture (FNAP)**

### **Protocolo de Cuidados para los Clientes Sometidos a la Punción Aspirativa por Aguja Fina de mama y tireóides (PAAF)**

ROSINI, Ivone<sup>4</sup>; SALUM, Nádia Chiodelli<sup>5</sup>

**Resumo:** O estudo objetivou elaborar um Protocolo de Cuidados para os Clientes Submetidos à Punção Aspirativa por Agulha Fina de mama e tireoide. Participaram da elaboração do protocolo 88 clientes e 20 profissionais que atuam no Serviço de Radiologia e Anatomia Patológica de um hospital de ensino do sul do Brasil, no período de setembro 2010 a abril de 2011. A construção do Protocolo ocorreu em três etapas: a primeira foi realizada com a participação dos clientes em salas de espera para identificação de dúvidas e ansiedades, e entrevista para obter as potencialidades e as limitações dessa prática; na segunda, ocorreram dois encontros com os profissionais da equipe de saúde: o primeiro para exposição do projeto e obtenção da aderência dos profissionais, e o segundo para validação do protocolo; a terceira etapa constou na pesquisa de evidências científicas nas bases de dados que embasaram cientificamente as ações e construção de proposta de protocolo pautado nas dúvidas dos clientes e nas evidências científicas. Os dados processados e analisados possibilitaram elaborar o fluxograma sinalizando o trajeto percorrido pelo cliente, desde sua chegada ao Serviço de Radiologia até a realização do exame e sua liberação. O Protocolo de Cuidado foi organizado em atividades sequenciais constando do executor, atividade e justificativa científica da ação. Os

<sup>4</sup> Mestranda do Programa de Pós Graduação do Departamento de Enfermagem/UFSC – Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado. Enfermeira do Serviço de Radiologia do Hospital Universitário/UFSC. Ser. Alcides Anacleto Vieira, 93/504 Florianópolis-SC (49) 3207- 3546. ivonerosini@gmail.com.

<sup>5</sup> Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Programa de Pós Graduação do Departamento de Enfermagem/UFSC – Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermeira Coordenadora do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem do Hospital Universitário/UFSC. Ferreira Lima, 247/702 Florianópolis – SC (48) 3223-8599. nchiodelli@gmail.com.



profissionais verbalizaram a importância do Protocolo, trazendo benefícios para a assistência do cliente, como agilidade, organização e humanização do atendimento.

**Descritores:** Protocolo. Punção por agulha Fina. Enfermagem.

**Abstract:** This study's objective was the elaboration of a care protocol for patients submitted to breast and thyroid fine needle aspiration puncture. The protocol elaboration had the participation of 88 patients and 20 professionals that work in the Radiology Service of a hospital in the south of the country from September 2010 to April 2011. The protocol construction occurred in three stages: the first stage was undertaken with the patients in the waiting room for the identification of their doubts and anxieties; at the second stage there were two meetings with health team professionals, the first for protocol exposition and for obtaining professionals' adherence, and the second for protocol validation; the third stage consisted in searching for evidences in scientific databases which based scientifically the actions and the elaboration of a protocol proposal shaped by clients doubts and scientific evidences. The data processed and analyzed enabled the elaboration of a flowchart that indicates the route followed by the patient from his arrival at the Radiology Service to the realization of the exam and his release. The care protocol was organized in sequential activities which included the executor, the activity and the scientific justification for each action. The professionals express the protocol's importance, which brings advantages to the patient's assistance, such as agility, organization and the humanization of the service.

**Descriptors:** Protocol. Fine Needle Puncture. Nursing.

**Resumen:** El objetivo Del estudio fue desarrollar un protocolo de cuidados para los clientes sometidos a la Punción Aspirativa por Aguja Fina de mama y tireoides. Participó en la redacción del protocolo 88 clientes y 20 profesionales que trabajan en la Radiología y Anatomía Patológica de un hospital universitario en el sur de Brasil, del septiembre 2010 hasta abril 2011. La construcción del protocolo ocurrió en tres etapas: la primera fue realizada con los clientes en salones de espera para la identificación de dudas y ansiedades, y una entrevista para obtener El potencial y las limitaciones de esta práctica; la segunda se celebraron dos reuniones con los profesionales del equipo de salud, El primer para exponer el diseño y obtener la adhesión de los profesionales y el segundo para validar el protocolo; la tercera fase consistió en la búsqueda de evidencias científicas sobre la base de datos científicos em

que las acciones y la construcción de propuesta de protocolo guiada por las dudas de los clientes y la evidencia científica. Los datos procesados y analizados posibilitaran elaborar el diagrama de flujo señalando el trayecto recorrido por el cliente, desde su llegada al Servicio de Radiología hasta la realización del examen y su liberación. El protocolo de cuidado fue organizado en actividades secuenciales donde constan el ejecutor, actividad y justificativa científica de la acción. Los profesionales expresaron la importancia del protocolo, trayendo beneficios para la asistencia del cliente, como la agilidad, organización y humanización de la atención.

**Descriptor:** Protocolo. Punción por aguja Fina. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O significativo aumento de casos novos de câncer eleva essa doença a um problema de saúde pública, exigindo a construção de estratégias que visem o melhor uso de recursos econômicos e avanços tecnológicos que assegurem ao cidadão o acesso à medidas de saúde que estimulem a adoção de hábitos salutares, em busca de qualidade de vida a ser alcançada em todas as etapas do ciclo vital (OPAS/OMS, 2008; INCA, 2011).

Estudos realizados sobre o câncer apontam que as políticas públicas voltadas para as ações de rastreamento e diagnóstico precoce obtido por meio de avaliação da queixa do cliente, exame físico, exames complementares, associado à inovação da tecnologia na área de imagem, oportunizam a identificação de lesões pré-cancerígenas ou em fase inicial da doença, aumentando as possibilidades de efetividade do tratamento e cura da doença (OPAS/OMS, 2008; INCA, 2011).

Com o objetivo de definir o diagnóstico da área que apresenta alteração, com a formação de tumor ou cisto, é preconizada a realização de punção da lesão, que pode ser efetuada por meio de diferentes técnicas. Dentre essas técnicas, encontra-se a Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF), que é apontada por diversos autores como um método eficaz na obtenção de material citopatológico para auxiliar na elucidação do diagnóstico da lesão puncionada (OPAS/OMS, 2008; NGA et al., 2010; ROSÁRIO; PURISCH, 2010; MOON et al., 2011).

A utilização da PAAF foi descrita em 1930, por Martin e Ellis (KEMP; LIMA, 1995) que utilizavam essa técnica para o diagnóstico de tumores de mama. A partir de então, vários pesquisadores ocuparam-se em empregar, aprimorar e analisar as vantagens e desvantagens desse

método. No entanto, de forma progressiva, sua utilização popularizou-se por ser apontada como método diagnóstico inicial para avaliação citológica de tumores em geral (NGA et al., 2010; ROSÁRIO; PURISCH, 2010; MOON et al., 2011). A grande aceitação e emprego do método são justificados por se tratar de procedimento minimamente invasivo, pouco dispendioso, de fácil execução, com complicações raras e eficácia comprovada. A análise do material citológico coletado por meio da PAAF permite a distinção dos tumores em “neoplásicos e não neoplásicos”, diferenciando ainda as lesões neoplásicas em “benignas ou malignas” (BUHLER et al., 2007, p. 298).

A utilização da ultrassonografia aliada à técnica de PAAF representa um grande avanço tecnológico, pois possibilita a projeção, em tempo real, do nódulo e da agulha. A progressão da agulha em direção ao nódulo é acompanhada através da imagem projetada na tela do aparelho de USG, permitindo ao patologista visualizar a posição da ponta da agulha no interior da lesão, proporcionando a aspiração de amostra do nódulo com maior característica de malignidade (OLIVEIRA, 2009).

Entretanto, apesar da simplicidade da técnica, a mesma causa apreensão nos clientes que necessitam desse procedimento. A necessidade da realização do exame invasivo sem orientação prévia, associado ao temor de obter um diagnóstico desfavorável e que possa revelar câncer, compromete o equilíbrio físico e emocional desses clientes. A lacuna existente nas orientações e informações a respeito do exame abriga um espaço de intersecção entre enfermeiro e cliente, oportunizando ao enfermeiro do Serviço de Radiologia estabelecer um processo educativo. Esse ambiente é propício para o desenvolvimento da educação em saúde pautada nos saberes técnicos associado ao contexto cultural (crenças e valores) dos clientes, visando reflexão e o compartilhamento de saberes, para a mobilização e adoção de medidas, em busca de melhores condições de saúde e qualidade de vida (SOUSA et al., 2010). Portanto, representa uma área de atuação que o enfermeiro do Serviço de Radiologia deve ocupar para desenvolver seu trabalho.

Estudos apontam que o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro nesse serviço abrange os aspectos gerenciais, assistenciais e de educação (GOODHART, PAGE, 2007; SALES et al., 2010). Os autores ressaltam que, apesar do pequeno espaço de tempo de permanência dos clientes no setor, a educação em saúde deve ser desenvolvida, fornecendo as informações e as orientações necessárias para a realização de um exame de qualidade. A efetivação de salas de espera têm se constituído em uma ferramenta apropriada para essas orientações, uma vez que os clientes

são distintos a cada dia (INCA, 2009). A organização do processo educativo requer planejamento de forma a favorecer o diálogo e a troca de experiências permitindo o aprendizado coletivo e individual.

O Serviço de Radiologia engloba a realização de diversos exames de radiodiagnóstico, executado por diferentes categorias profissionais, que o fazem de acordo com suas competências e os preceitos legais que os regem. Diante da diversidade de profissionais atuantes, faz-se necessário a padronização de ações que os oriente na execução do procedimento, garantindo assim, uma assistência de qualidade e livre de riscos.

A padronização de condutas por meio de protocolos tem se mostrado importante ferramenta no oferecimento de uma assistência de qualidade ao cliente, contribuindo para a implementação de novas tecnologias, melhoria da assistência e satisfação da equipe, bem como para atender as exigências de ações políticas institucionais de qualidade e acreditação (GUERRERO, BECCARIA, TREVIZAN, 2008). O Protocolo é definido como um “instrumento normativo do processo de intervenção técnica e social que orienta os profissionais na realização de suas funções, e tem como base conhecimentos científicos e práticos do cotidiano do trabalho em saúde, de acordo com cada realidade” (COREN/MG, 2009, p. 4). A utilização de protocolos assistenciais envolve a tomada de decisão de vários profissionais e auxilia, sobremaneira, o trabalho em saúde já que servem de instrumento para guiar as ações programadas.

Apontado como um guia para direcionar o trabalho dos profissionais, o protocolo é complexo e relativamente novo no Brasil, contudo ganhou relevância no trabalho da enfermagem em consequência da necessidade de padronizar condutas com embasamento científico. Nesse contexto, o protocolo identifica o foco e estabelece as ações a serem desenvolvidas e o público alvo; institui e direciona o fluxo em todas as etapas, do início ao fim do processo; correlaciona o profissional responsável por cada etapa, explicitando a atividade a ser desenvolvida; elenca os recursos técnicos e tecnológicos para o desenvolvimento das ações; apresenta as justificativas para cada ação desenvolvida, baseadas nas melhores evidências científicas, documentos e manuais institucionais para pautar e respaldar as atividades.

Considerando esses aspectos, a proposição de elaborar um Protocolo de Cuidados para a execução de PAAF de mama e tireoide no Serviço de Radiologia surge da necessidade de legitimação de um espaço educativo, a ser ocupado pelo enfermeiro, com vistas ao compartilhamento das expectativas e anseios dos clientes, além de

ênfatisar as orientações acerca do procedimento ao qual serão submetidos.

Nessa perspectiva, o estudo teve como objetivo construir o Protocolo de Cuidados a Clientes Submetidos à Punção por Agulha Fina (PAAF) de mama e tireoide, com o intuito de aprimorar e qualificar a assistência a esses clientes que procuram o Serviço.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que utilizou como método a Pesquisa Convergente Assistencial, cuja característica principal é manter, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a prática assistencial, a fim de propor soluções para problemas existentes e interceder na realidade por meio de sugestões de mudanças e inovações (TRENTINI; PAIM, 2004).

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Radiologia de um hospital de ensino do sul do país, Instituição Pública e gratuita, que presta assistência seguindo os princípios do SUS. O Hospital Universitário, por meio de convênio firmado com a Secretaria de Estado da Saúde (SES), pactuou o atendimento de procedimentos de alta complexidade, dentre eles, a realização de Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) de mama e tireoide guiada por ultrassonografia (USG). Dessa forma, são disponibilizadas 10 (dez) vagas semanais para agendamento da PAAF junto ao Setor de Alto Custo da SES, somadas a 4 (quatro) vagas disponibilizadas aos clientes atendidos no HU, encaminhados por médicos especialistas nas áreas de cirurgia de cabeça/pescoço, endocrinologia e mastologia. Esses exames são agendados no Serviço de Radiologia do HU, mediante a apresentação de requisições e formulários específicos, devidamente preenchidos e assinados.

Fizeram parte do estudo 88 clientes submetidos à PAAF de mama e tireoide e 20 profissionais que atuam no Serviço de Radiologia do HU/UFSC, entre eles, 3 médicos Radiologistas, 4 médicos patologistas, 2 médicos residentes em radiologia, 1 médico residente em patologia, 4 técnicos/auxiliares de enfermagem (2 pertencentes ao corpo de enfermagem do Serviço de Radiologia, 2 pertencentes ao Serviço de Anatomia Patológica), 1 técnico em radiologia, 1 auxiliar administrativo representante da sala de digitação e entrega de exames, 2 recepcionistas de área, 1 assistente administrativo.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2010 a abril de 2011 e ocorreu em três etapas. A primeira etapa constou da realização da sala de espera com os clientes da demanda semanal para

realização da PAAF de mama e tireóide, na perspectiva de abordar as expectativas e dúvidas relacionadas ao exame e da entrevista semi-estruturada pós-exame, objetivando compreender o potencial e as limitações da sala de espera como prática educativa no Serviço de Radiologia, apontando suas potencialidades e fragilidades. Foram realizados 10 encontros, gravados com o consentimento dos participantes e posteriormente transcritos. O processamento e análise dos dados identificados na sala de espera foram agrupados e listados quanto às principais dúvidas dos clientes diante da realização do exame, observando a frequência com que eram manifestadas, oferecendo, assim, indicativos para a elaboração do protocolo.

A segunda etapa foi realizada com a efetivação de dois encontros com os profissionais da equipe de saúde dos Serviços de Radiologia e Anatomia Patológica. O primeiro encontro teve como entendimento favorecer a interação entre os profissionais da equipe de saúde, a exposição do projeto de pesquisa, e a compreensão da percepção dos mesmos acerca da realização do exame e divulgar os dados obtidos com a realização das salas de espera com os clientes. O segundo encontro constou na apresentação em *Power point* das sugestões encaminhadas pelos profissionais acerca do Protocolo, que foram discutidas, analisadas e validadas pela equipe de saúde presente. Os encontros foram gravados com a anuência dos profissionais e o TCLE assinado.

A terceira etapa consistiu da elaboração da proposta de “Protocolo de Cuidados a Clientes Submetidos à Punção Aspirativa por Agulha Fina de mama e tireóide” a partir dos dados identificados nas duas primeiras etapas, e na revisão de literatura nas bases de dados. Para subsidiar a sustentação teórica das ações de cuidado foi realizada a busca de evidências científicas por meio da revisão obtida em bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature EBSCO Publishing's Product & Services (CINHAL- EBSCO), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), empregando os descritores: *Punção Aspirativa por Agulha Fina, punção, câncer de mama, câncer de tireóide, enfermagem, fine needle aspiration, biopsy, breast cancer, thyroid cancer, nursing*. Como critérios de inclusão foram adotados textos completos de pesquisa randomizada com grau de evidência I a IV (JOANNA BRIGGS APUD WILLIAMS, LESLIE, 2005), *on-line* nacional e internacional, publicados no período de 2005 a 2011 e relacionados ao tema.

Os aspectos éticos foram atendidos respeitando a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) por meio da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC (Protocolo nº 1017/10) e do consentimento formal da

Instituição para a coleta de dados. Os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo e das técnicas adotadas para a obtenção dos elementos que constituiriam o trabalho, acordando sua participação com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os clientes foram identificados pela sigla “P” e os profissionais da equipe de saúde com as letras “PS”, seguidos de número de ordem.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS**

Tendo em vista o objetivo do estudo, a construção do Protocolo de cuidados envolvendo a análise, discussão e elaboração do mesmo, foi desenvolvido a partir de 3 perspectivas: percepção dos clientes acerca do exame; construção da proposta e validação coletiva.

### **PERCEPÇÃO DOS CLIENTES ACERCA DO EXAME**

Dos encontros de sala de espera e entrevista com os clientes, extraíram-se as principais dúvidas apresentadas, referentes ao procedimento de PAAF de mama e tireoide, que preceituaram as orientações efetuadas no momento que antecede a realização do exame. Esses momentos permitiram identificar a fragilidade do cliente, suas dúvidas e ansiedades, os impedimentos transpostos e o déficit de informações recebidas até a efetivação do exame em si.

O quadro a seguir apresenta as principais dúvidas acerca do exame:

<b>Dúvidas</b>	<b>Número de respostas obtidas</b>
Relacionada à técnica do procedimento.	37
Relacionada à necessidade de realização de cirurgia após o resultado da PAAF.	15
Relacionada à utilização de anestésico.	13
Relacionada ao número de nódulos a serem puncionados e número de punções em cada nódulo.	06 05
Relacionada às reações após o exame.	05
Relacionada ao uso de medicações que interferem na coagulação e outros.	05
Relacionado ao encaminhamento do resultado.	05
Relacionada à possibilidade de o nódulo benigno tornar-se maligno.	01
Relacionada à equipe que fará a punção.	01
Relacionada à necessidade de verificação da pressão arterial antes do exame.	01
Relacionada à necessidade de assinatura do TCLE.	01

Fonte: Sala de espera, 2011

**Quadro 1** - Distribuição das manifestações de dúvidas dos clientes em relação à PAAF, 2011.

Conforme os dados apresentados no quadro I constata-se que as principais dúvidas e ansiedades manifestadas pelos clientes submetidos à PAAF de mama e tireóide estão relacionadas à técnica do exame, à necessidade de realizar cirurgia e à necessidade ou não do uso de anestesia para a realização do procedimento. As demais manifestações deram-se de forma individualizada, sem repercussão no grupo.

Percebe-se que as preocupações relacionam-se ao medo da realização do exame e ao medo do resultado. O procedimento invasivo desencadeia, no imaginário do cliente, as diversas possibilidades de técnicas utilizadas para a efetivação do exame, agravado pelo fato de não estar adequadamente orientado, tornando o medo ainda mais presente. Entretanto, frente à possibilidade da obtenção de um resultado positivo para malignidade, o ser humano se vê diante de temeroso evento, colocando-o como protagonista de sentimentos contraditórios, de intensa vulnerabilidade emocional, física e social. Assim como toda doença grave, o câncer confronta o ser humano em todo seu contexto. O diagnóstico de câncer desencadeia no cliente reações de incredibilidade



gerando questionamentos, o que o leva a uma peregrinação pelos serviços de saúde mais renomados, com o intuito de confirmar o resultado inicial, além de obter maiores esclarecimentos sobre a doença, tratamento e prognóstico (SALCI; MARCON, 2009).

As dúvidas assinaladas eram esclarecidas à medida que emergiam dos 88 integrantes da sala de espera e foram posteriormente incorporadas ao protocolo de cuidado. A desinformação acerca do exame pode acarretar sofrimento ao cliente, além de prejudicar a realização do mesmo. Estudo desenvolvido em Taiwan demonstrou que o suporte informativo emocional melhora o estado psicológico das mulheres que receberam a notícia de que seriam submetidas à punção de mama. Indica que a intervenção realizada no sentido de apoiar, oportunizar a escuta ativa (*face to face*) e promover o *follow up* por telefone, pode resultar em menor grau de ansiedade no grupo que recebeu esse atendimento, demonstrando que, independentemente do resultado, o apoio deve ser mantido (LIAO et al., 2010).

A realização de salas de espera para orientações acerca da PAAF corrobora com essa perspectiva, uma vez que os clientes relatam diminuição da ansiedade diante da possibilidade de esclarecer as dúvidas e compartilhar medos e saberes entre si.

De posse das informações obtidas junto aos clientes, no primeiro encontro com os profissionais da equipe de saúde formada por profissionais dos Serviços de Radiologia e Anatomia Patológica, realizou-se a sensibilização do tema a partir da questão instigadora: *Se você fosse informado hoje pelo seu médico de que seria necessário realizar uma punção, como você se sentiria?*

As reações dos profissionais convergiram para as respostas apresentadas pelos clientes, o que nos levou a refletir o quão necessário se faz o aprimoramento das relações entre profissionais e clientes, na tentativa de eliminar ao máximo os ruídos existentes na relação, que interferem na condução do procedimento. O grupo trouxe como indicativo a inclusão nesse grupo dos novos médicos patologistas contratados para a realização da PAAF, a fim de oportunizar uma ampla discussão com todos os profissionais. Ressaltaram que as orientações fornecidas na sala de espera, até aquele momento, já apresentavam efeito positivo, pois era evidente a redução da ansiedade durante o procedimento, o que propiciou a co-participação do cliente durante o exame, agilizando sua realização. Sugeriram a possibilidade de oferecer um lanche aos clientes, já que muitos são oriundos do interior do Estado e chegam de madrugada, permanecendo em jejum por longo período, sem necessidade. Recomendaram ainda o esboço do protocolo e

posterior encaminhamento para suas apreciações e sugestões. Nesse sentido, evidencia-se o envolvimento e o interesse na concretização da proposta pelo conjunto dos profissionais.

## **2 Etapa: Construção do Protocolo**

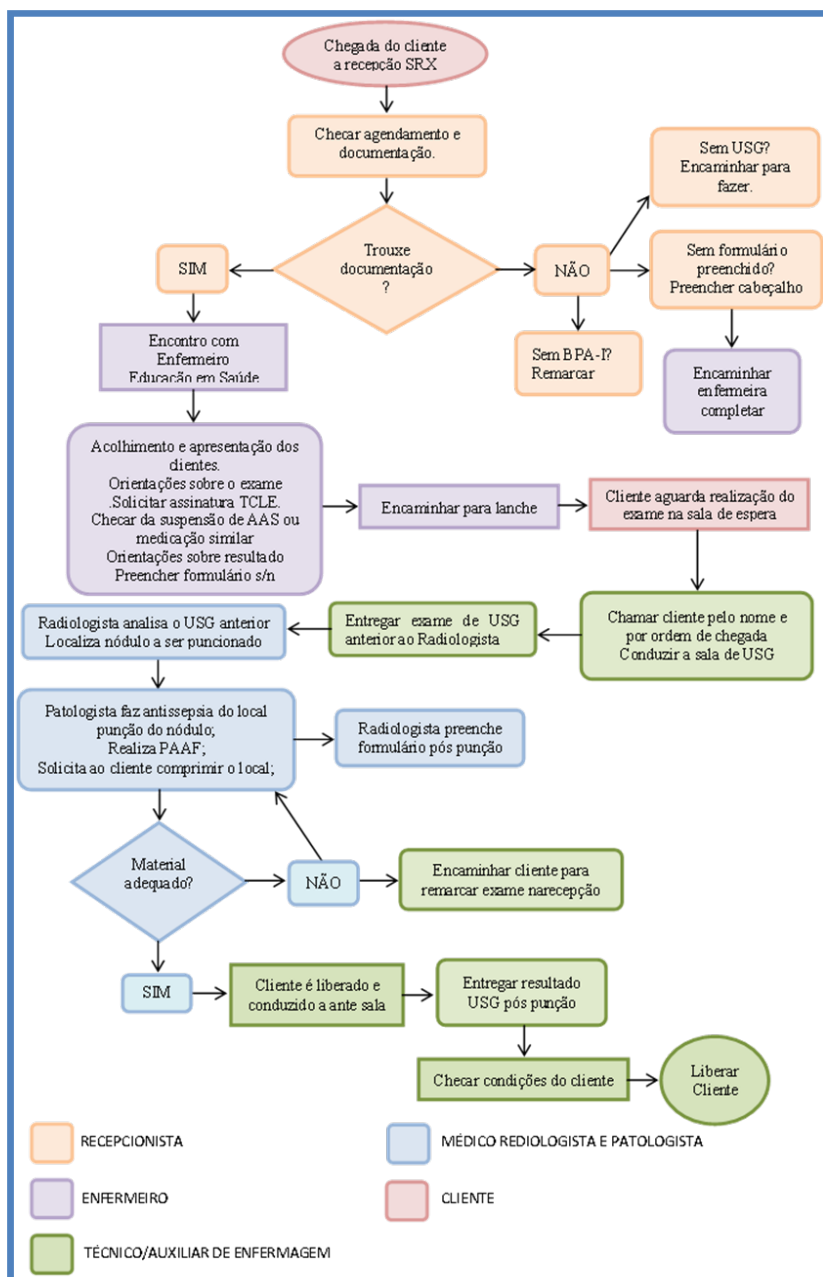
Recomenda-se, para a elaboração de um protocolo, que este seja efetuado de forma participativa entre os membros integrantes do grupo responsável pelo processo a ser implementado, aliado ao “trinômio, pesquisa, assistência e ensino”, fundamentado nas melhores evidências científicas (ZYLBERSZTEJN; HAGEMANN; FRITZEN, 2006, p. 3).

A busca pelas evidências científicas se deu com a leitura dos artigos encontrados na revisão da literatura, identificando condutas de nível de evidência I a IV, decorrentes de estudos de pesquisa a fim de dar sustentação às ações propostas.

Com a finalidade de organizar o fluxo de atendimento aos clientes submetidos à PAAF de mama e tireóide, foi elaborado um fluxograma sinalizando todo o trajeto a ser percorrido pelos clientes, desde a sua chegada ao Serviço de Radiologia, ao período que antecede a realização do exame, até sua liberação. Para tanto, foram identificadas as atividades desenvolvidas por cada profissional por cores específicas, para facilitar a leitura e a compreensão do fluxograma.

Franco, Merhy (1999, p. 2) apontam que a produção da assistência à saúde deve estar centrada no cliente e suas necessidades. Considerando essa concepção, apresentam o “fluxograma descritor,” conceituando-o enquanto “uma representação gráfica do processo de trabalho, elaborado de forma cliente-centrado, com riqueza de detalhes para perceber os aspectos da micro política da organização do trabalho e da produção de serviços”. Essa expressão gráfica apresenta a organização dos processos de trabalho, que estão interligados, descrevendo as ações, o fluxo e os atores envolvidos em cada uma das etapas, as quais deverão ser percorridas pelo cliente ao ingressar na Instituição em busca de assistência (MALTA et al., 1997). Permite, assim, lançar o olhar sobre a assistência prestada para analisar, visualizar e detectar problemas com o intuito de propor soluções pertinentes a cada caso.

O uso de fluxograma para os processos de trabalho constitui-se em importante instrumento para visualizar e compreender o trabalho. A seguir, apresenta-se o fluxograma de cliente agendado para a realização do exame de Punção Aspirativa por Agulha Fina de mama e tireoide.



**Figura 2** - Fluxograma de atendimento do cliente submetido à PAAF de mama e tireoide

Posteriormente foi elaborada a proposta de Protocolo de Cuidado a Clientes submetidos à PAAF mama e tireoide, na qual foram descritas as ações a serem realizadas, desde a chegada do cliente ao Serviço de Radiologia, até sua saída, após exame, o responsável por cada uma das atividades, os instrumentos e ou tecnologia necessária para a realização da atividade. Cada ação foi estabelecida com base em evidências científicas de nível I a IV, International Organization for Standardization (ISSO 1998), rotinas internas do Serviço de Radiologia e Serviço de Anatomia Patológica, experiência dos profissionais no assunto ou rotinas e convênios estabelecidos na Instituição.

Dessa forma, entende-se que o uso de diretrizes para prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças, a partir da evidência científica acerca da eficácia e efetividade de intervenções, produz melhores resultados e qualifica a assistência (BODENHEIMER; WAGNER; GRUMBACH, 2002).

Considerando a necessidade de validação da proposta de protocolo e do fluxograma, a mesma foi encaminhada, via correio eletrônico, à equipe de saúde para avaliação, revisão e sugestões, para posterior discussão e aprovação. Em nova reunião, expôs-se, em *Power point*, a proposta do protocolo, acrescida das sugestões enviadas. Após ampla discussão dos itens sugeridos, o grupo ponderou, concluiu e aprovou todas as etapas do protocolo.

O processo de construção coletiva possibilita aos atores se perceberem integrantes ativos no desempenho das ações preconizadas, promovendo a co-responsabilização dos encaminhamentos para a resolução dos problemas e ruídos que possam interferir na cadeia produtiva da assistência de saúde ao cliente (FRANCO, 2000).

As sugestões advindas dos profissionais da equipe de saúde trouxeram contribuições que foram arroladas por categoria profissional e estão apresentadas no quadro a seguir:

ÁREA	PROFISSIONAL DE SAÚDE	SUGESTÕES	JUSTIFICATIVA	RESULTADO DA DISCUSSÃO
Área de recepção	PS 03	Disponibilizar uma recepcionista exclusiva para o atendimento ao cliente de PAAF de mama e tireoide na recepção.	Ter uma recepcionista exclusiva para o atendimento da PAAF, agiliza o fluxo e não interrompe o atendimento aos demais clientes do SRX.	Uma recepcionista ficará responsável pelo atendimento exclusivo da PAAF de mama e tireoide, nas quartas-feiras.
	PS 03	Organizar fila única para esse atendimento.	A organização de fila única estabelece o fluxo desses clientes.	Acatado
	PS 02	Enviar documento a SES solicitando que os clientes tragam os formulários de exame “citopatológico” para exame de mama, preenchidos e encaminhados pelo médico requisitante do exame.	O encaminhamento do formulário preenchido agiliza o atendimento, já que o mesmo exige informações de caráter pessoal, que necessitam de privacidade para o questionamento.	Solicitar a SES para enviar os formulários exigidos pelo SISMAMA, preenchidos pelo médico solicitante. Quando o cliente não trouxer, a recepcionista preenche o cabeçalho e o enfermeiro e/ou médico, as demais informações.
	PS 02	Decidir como proceder quando o cliente chega sem a documentação correta e devidamente preenchida.	A documentação correta favorece e agiliza a realização do exame.	Solicitar a SES o envio da documentação necessária, Enviar à DG/HU solicitação de orientação de como proceder quando não houver a documentação correta.
	PS02	Decidir que conduta adotar quando o cliente não traz o exame anterior.	A apresentação do exame anterior é indispensável para localizar o nódulo a ser puncionado	Se o cliente fez o exame anterior no HU, será obtida a segunda via na sala de digitação; se o cliente fez fora do HU, será realizado

ÁREA	PROFISSIONAL DE SAÚDE	SUGESTÕES	JUSTIFICATIVA	RESULTADO DA DISCUSSÃO
				novo exame de USG, que deverá ser inserido eletronicamente como mais 1 exame. Encaminhar a SES solicitação para a necessidade de envio do exame de USG.
Área de entrega e digitação de laudos	PS 04	Solicitar a criação de dispositivo para que o cliente pegue os dois resultados juntos: o USG pós-punção e o anátomo-patológico.	A não retirada dos dois resultados implica no encaminhamento de informação parcial sobre a realização da punção	Entregar ao cliente, ao término da punção, o resultado do exame pós-punção em formulário específico (Anexo 4)
Área de enfermagem	PS 09	Reduzir o número de agendamentos	A atual demanda exige um atendimento dinâmico com redução do tempo despendido ao cliente no atendimento de suas necessidades.	A sugestão não foi aceita, pois se trata de cumprimento do acordo com SES. Discutido a importância do exame e a demanda, mantendo-se o número atual de atendimento.
	PS08	Instalar sala específica para a acomodação dos clientes pós-punção.	A acomodação dos clientes em sala específica após a punção evita o contato entre os clientes com intercorrências, diminuindo a ansiedade.	No momento não há área física disponível para tal. Clientes que apresentam intercorrências serão acomodados na sala de espera da TC, ou na sala 2 de USG.

ÁREA	PROFISSIONAL DE SAÚDE	SUGESTÕES	JUSTIFICATIVA	RESULTADO DA DISCUSSÃO
	PS07 e PS06	Definir conduta para quando não há suspensão de medicação anticoagulante.	As medicações anticoagulantes devem ser suspensas 5 dias antes do exame, para diminuir o risco de sangramento.	A PAAF será suspensa se o cliente não houver feito a suspensão de anticoagulante, o cliente será orientado e o exame remarcado.
	PS08	Realizar capacitação para os técnicos/auxiliares de enfermagem	O treinamento habilitará todos os profissionais de enfermagem para que atuem no procedimento, quando necessário.	Será desenvolvida capacitação na área.
	PS08	Orientar os médicos sobre a importância do preenchimento correto dos formulários a serem encaminhados para o Serviço de Patologia	O preenchimento incorreto dos formulários implica em perda do material, pois o Serviço de Anatomia Patológica não pode receber por falta de informações.	Será realizada orientação para os médicos, com esse objetivo.
	PS07	Evitar a participação de menores de 15 anos nas orientações com adultos.	As orientações sobre o procedimento deverão ser realizadas somente com os adultos.	Clientes menores de 15 anos serão orientados individualmente, de acordo com sua assimilação, na presença de responsável.
Área médica	PS10	Alterar local para assinatura do TCLE (não ser na secretaria)	Cliente desconhece a finalidade do TCLE e precisa ser orientado.	O enfermeiro solicitará a assinatura do TCLE ao término das orientações.
	PS10	Utilizar álcool a 70% como condutor.	Para a obtenção de boa imagem, deverá acontecer um bom acoplamento entre o transdutor e a superfície a ser examinada.	Permaneceu a utilização de álcool líquido e a colocação de campo para evitar que escorra sobre o cliente. O álcool gel pode ser aspirado no

ÁREA	PROFISSIONAL DE SAÚDE	SUGESTÕES	JUSTIFICATIVA	RESULTADO DA DISCUSSÃO
				momento da coleta de material.
	PS10	Utilizar ou não anestésico local antes da punção.	Como se trata de punção com agulha de menor calibre/fina, não exige o uso de anestésico.	A utilização do anestésico local pode interferir no resultado, se eventualmente aspirado, pode provocar a lise das células. O uso ficará a critério do médico que avaliará a necessidade e conforto do cliente.
	PS10	Diminuir o tempo para retitara da do exame - 10 dias para obter resultado do exame no SAP, é um período muito longo para quem tem suspeita de neoplasia.	Seguindo a lógica do diagnóstico precoce, 10 dias úteis compreende um período relativamente longo para a confirmação diagnóstica.	Em casos graves, que exigem tratamento diferenciado, será anotado na requisição a necessidade de agilizar o resultado, e este estará disponível em 5 dias úteis.
	PS12	Utilizar a palavra punção ao invés de biópsia para descrever a PAAF.	A PAAF obtém células para a análise, e não tecido.	O termo utilizado no protocolo será punção por PAAF.
	PS12	Designar a palavra “mesa” ao invés de maca.		Consenso: optou-se por designar o local onde o cliente será acomodado como “maca”
	PS12	Utilizar o termo “cliente”, ao se referir à pessoa que será puncionada.	A questão se refere à utilização do termo cliente.	Será utilizada a designação “cliente”.
	PS12	Arescentar, nas orientações feitas na sala de espera, que os resultados da PAAF podem	Segundo a determinação de consenso para nomenclatura, os resultados devem	Os resultados serão identificados como: conclusivo, indeterminado ou suspeito e



ÁREA	PROFISSIONAL DE SAÚDE	SUGESTÕES	JUSTIFICATIVA	RESULTADO DA DISCUSSÃO
		ser: conclusivo, indeterminado ou suspeito.	adquirir uniformidade.	insatisfatório.
	PS12	Retirar a descrição das técnicas de punção, permanecendo somente a técnica a vácuo.	A técnica a vácuo é a mais utilizada no momento.	Será mantida a descrição das demais técnicas, por questões didáticas.
	PS11 e PS15	Condensar informações sobre as lâminas a seco e com álcool, e determinar o número de lâminas que devem ser confeccionadas.	Há o entendimento que é necessário determinar o número de lâminas a serem confeccionadas.	O número de lâminas será determinado segundo o agrupamento de células na lâmina o que determinará se o material é satisfatório.
	PS15	Posicionar o cliente em decúbito dorsal, com o membro superior elevado atrás da cabeça (sempre, independente da localização do nódulo), para punção de mama.	Essa posição possibilita melhor acesso ao nódulo.	O posicionamento para PAAF de mama será em decúbito dorsal e a utilização de coxim estará vinculada a sua necessidade.
	PS15	Indicar, na formação de hematoma, a aplicação de gelo local, por 15 minutos.	O gelo promove a vasoconstrição, estagnando o sangramento.	Será utilizado gelo para todas as punções de mama e tireoide, independentemente da ocorrência ou não de hematoma.

**Fonte:** validação protocolo com os profissionais, 2011

Diante das discussões ocorridas com a equipe de saúde, algumas providências foram tomadas, tais como: elaboração de um formulário para emissão de resultado pós-punção, a ser entregue ao cliente no momento de sua liberação do mesmo. Esse dispositivo foi criado com o auxílio de profissional da equipe de saúde e posteriormente enviado por

correio eletrônico aos representantes da área médica para sua avaliação e deliberação (Apêndice D). Também foi encaminhada solicitação à Direção de Apoio Administrativo para o fornecimento de lanche aos clientes antes da realização do exame.

Efetuados os encaminhamentos acordados, no passo seguinte a pesquisadora revisou todas as sugestões oriundas dos profissionais e processou as alterações aprovadas para o **Protocolo de Cuidados a Clientes submetidos à Punção com Agulha Fina de mama e tireoide no Serviço de Radiologia do Hospital Universitário**. Vale ressaltar que os profissionais verbalizaram a importância do protocolo e percebem que este trará benefícios, tanto à assistência do cliente como à agilidade, segurança, organização e humanização do atendimento. Foi acordado entre o grupo a necessidade de revisões periódicas das ações e avaliação do seu uso. Após ampla discussão, o Protocolo, em sua versão original, foi aprovado pela equipe de saúde.

### **3 etapa: Protocolo de cuidados à realização de Punção por Agulha Fina de mama e tireoide no Serviço de Radiologia do Hospital Universitário**

O protocolo é sugerido como instrumento para estruturar, qualificar, humanizar, reduzir os efeitos adversos e assegurar o cuidado prestado ao cliente submetido à Punção Aspirativa por Agulha Fina de mama e tireoide no Serviço de Radiologia do HU. Apresenta indicações de ações a serem desenvolvidas de forma metódica, com o propósito de auxiliar nas intervenções de saúde (COREN/MG, 2009). Sob essa perspectiva, as principais resoluções apresentadas na construção do Protocolo de Cuidado a Clientes submetidos à PAAF de tireoide e mama dizem respeito à construção pautada nas necessidades expressadas pelos clientes em sala de espera, à elaboração com a equipe de saúde envolvida no processo de forma interdisciplinar, embasados em evidências científicas. Dessa forma, o Protocolo elaborado estabeleceu os passos a serem seguidos pelos clientes, instituindo e direcionando o fluxo em todas as fases, desde sua admissão no Serviço de Radiologia até sua liberação. Também constitui a responsabilização dos profissionais pelas ações apontadas, arrolam todos os insumos necessários para a realização do exame.

O protocolo foi organizado em três áreas que atendem ao cliente na realização do procedimento: *área de recepção do cliente; área de educação em saúde - sala de espera; área de realização do exame de mama e tireoide*. Para cada uma dessas áreas, as ações foram correlacionadas ao profissional que executa o cuidado, descritas

detalhadamente e justificadas cientificamente.

Para a **área de recepção** delineou-se as atividades de recepção do cliente, entrega da documentação exigida (formulários, exame ultrassonográfico, preenchimento de requisições, processamento eletrônico do cliente, entrega de protocolo para a retirada do exame), convite e encaminhamento para a sala de espera.

Na área de educação em saúde - **sala de espera**, foram descritas as orientações do enfermeiro acerca do exame, local de punção, uso de anestésico, posicionamento no leito, o número de nódulos a ser puncionados, cuidados pós exame, os resultados, a necessidade de realização de cirurgia e os profissionais envolvidos no procedimento.

Na área de **descrição do procedimento** são abordadas as ações que envolvem, desde a admissão do cliente na sala de exame, à descrição da técnica, os materiais necessários e tecnologia para a Punção Aspirativa de Agulha Fina de mama e tireóide, respectivamente, até a liberação após a punção.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do protocolo possibilitou ao enfermeiro do Serviço de Radiologia a efetiva aproximação com os clientes agendados para a PAAF de mama e tireoide, utilizando-se para tal a sala de espera. Dessa forma, promoveu a liberdade de expressão dos seus sentimentos frente à realização de procedimento invasivo para fins de diagnóstico. A partir da verbalização de seus anseios e necessidades, tornaram-se claras as demandas que exigiriam o desenvolvimento de estratégias de atuação. A vulnerabilidade emocional com que esses clientes ingressam ao Serviço de Radiologia para a efetivação do exame justifica, por si só, a necessidade de acolhimento e produção de atos de saúde voltados a esse grupo. Ao promover os encontros em sala de espera o enfermeiro estabelece articulação entre as dimensões do fazer do Enfermeiro que, ao produzir o ato de cuidar, educa também.

Nesse sentido, fica clara a importância da construção do Protocolo de Cuidado aos Clientes submetidos à PAAF de mama e tireoide, pois sua intencionalidade proporcionou o ato de re-pensar o processo de trabalho, identificar e compreender as barreiras, refletir e produzir a legitimação dos atos a serem desempenhados por cada um dos integrantes da equipe de saúde.

A construção do Protocolo de forma participativa possibilitou a formulação de compromissos entre os produtores do cuidado que, de

forma simultânea, estabeleceram processos educativos, realizando a associação das áreas operacionais e tecnológicas, dimensionando assim, todo o universo que engloba o cuidado a ser dispensado a esse cliente. Possibilitou nortear as ações de cada um dos profissionais envolvidos no processo, favoreceu o envolvimento e oportunizou a relação de coresponsabilidade do grupo frente ao cuidado ao cliente submetido à PAAF de mama e tireóide.

A elaboração do Protocolo buscou atender à necessidade do Serviço de Radiologia que se encontra alinhada às diretrizes do SUS, desempenhando papel estratégico na detecção precoce e produção de diagnóstico, para determinação terapêutica.

Esse estudo revela, de forma significativa, a importância do profissional Enfermeiro nos Serviço de Radiologia que, por meio de ações desenvolvidas junto aos clientes, estabelece uma nova dinâmica no cuidado prestado. Possibilita ao cliente refletir e interagir com o processo ao qual será submetido, redimensionando o imaginário, possibilitando, dessa forma, a redução da ansiedade e do medo, habilitando-o a compreender as etapas que estão por vir.

## REFERÊNCIAS

BODENHEIMER, T.; WAGNER, E. H.; GRUMBACH, K. Improving primary care for patients with chronic illness. **JAMA**. Vol. 288, n. 14, p. 1775-9, Oct. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Estabelece critérios sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 1996. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/Resolucoes/1996/Reso196.doc>. Acesso em: 14 jul. 2011.

BUHLER, R. B.; et al. Punção Aspirativa por Agulha Fina em lesões de glândula parótida. **Arq. Int. Otorrinolaringol**. Vol. 11, n. 3, p. 294-9, Jul./Set. 2007. Disponível em: [www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo\\_port.asp?id=442](http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo_port.asp?id=442). Acesso em: 18 Ago. 2011.

COREN/MG (Conselho Regional de Enfermagem de Minas gerais). Câmara Técnica da Atenção Básica, COREn/MG: protocolos gerenciais da atenção básica. Belo Horizonte (MG): COREn/MG, [2009]. 59

slides. Disponível em:

[http://www.corenmg.gov.br/sistemas/app/web200812/docs/anexos/conteudo\\_dinamico/Apresentacao\\_Protocolos\\_Assistenciais\\_Rosana\\_Paes.pdf](http://www.corenmg.gov.br/sistemas/app/web200812/docs/anexos/conteudo_dinamico/Apresentacao_Protocolos_Assistenciais_Rosana_Paes.pdf). Acesso em: 20 Ago. 2011.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas - SP), Campinas (SP): UFF, 1999. 23p.** Disponível em:

<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/ferramentas-analisadoras-fluxograma-rede-peticao.pdf>. Acesso em: 23 Ago. 2011.

FRANCO, T. B. **O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz - MG.** Belo Horizonte (MG): UFF, 2000, 30 p. Disponível em:

[http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/fluxograma\\_descritor\\_e\\_projetos\\_terapeuticos\\_caso\\_de\\_luz\\_tulio\\_franco.pdf](http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/fluxograma_descritor_e_projetos_terapeuticos_caso_de_luz_tulio_franco.pdf). Acesso em: 23 Ago. 2011.

GUERRERO, G. P.; BECCARIA, L. M.; TREVIZAN, M. A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. Vol. 16, n. 6, p. 966-72, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/05.pdf>. Acesso em: 23 Ago. 2011.

GOODHART, J.; PAGE, J. Radiology Nursing. **Orthop. Nurs.** Vol. 26, n. 1, p. 36-9, Jan./Feb. 2007.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011. 128 p.

\_\_\_\_\_. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV).

Módulo laboratório e serviço de mamografia: orienta passo a passo. In:

\_\_\_\_\_. **Sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA): manual gerencial.** Rio de Janeiro: INCA, 2009.

Disponível em:

[http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/d19dd6804d9c1751bed5bfca6e73abae/Manual\\_Gerencial+SISMAMA.pdf?MOD=AJPERES](http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/d19dd6804d9c1751bed5bfca6e73abae/Manual_Gerencial+SISMAMA.pdf?MOD=AJPERES). Acesso em: 28 Jun. 2011.

KEMP, C.; LIMA, G. R. Punção por Agulha Fina. In: PIATO, S. **Mastologia**. São Paulo: Roca, 1995. Cap 7..p. 59-62.

LIAO, M. N.; et al. Effect of supportive care on the anxiety of women with suspected breast cancer. **J. Adv. Nurs**. Vol. 66, n. 1, p. 49-9, Jan. 2010.

MALTA, D. C.; et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de belo horizonte. Campinas (SP): UFF, 1997, 22p. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-13.pdf>. Acesso em: 23 Ago. 2011.

MOON, W. J.; et al. Ultrasonography and the ultrasound-based management of thyroid nodules: consensus statement and recommendations. **Korean J. Radiol**. Vol. 12, n. 1, p. 1-14, Jan.-Feb. 2011.

NGA, M. E.; et al. Experience with standardized thyroid fine-needle aspiration reporting categories: follow-up data from 529 cases with "indeterminate" or "atypical" reports. **Cancer Cytopathol**. Vol. 118, n. 6, p. 423-33, Dec. 2010.

OLIVEIRA, P. R. G. **Carcinoma papilífero da tireoide**: estudo comparativo entre os casos usuais e aqueles associados à tireoidite autoimune. São Paulo, 2009, 137p. Tese (Doutorado em Oncologia)-Curso de Pós-Graduação em Ciências, Fundação Antônio Prudente. OPAS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde). Tradução para o Espanhol e Português das Diretrizes Internacionais para Saúde da Mama e Controle do Câncer – Execução da diretriz para a saúde da mama em países de baixa e média

renda: sinopse da Cúpula de 2007 sobre a iniciativa global para a saúde da mama. **Câncer**. Vol. 113, n. 8 - Suplemento, [23p], 15 de outubro de 2008. Disponível em:

[www.femama.org.br/ingles/arquivos/0.437461001286464199.pdf](http://www.femama.org.br/ingles/arquivos/0.437461001286464199.pdf).

Acesso em: 26 Ago. 2011.

ROSÁRIO, P. W.; PURISCH, S. Ultrasonographic characteristics as a criterion for repeat cytology in benign thyroid nodules. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** Vol. 54, n. 1, p. 52-5, Feb. 2010.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. Itinerário percorrido pelas mulheres na descoberta do câncer. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm. [on line]**. Vol. 13, n. 3, p. 558-66, Jul.-Set. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a15.pdf>. Acesso em: 23 Ago. 2011.

SALES, O. P.; et al.. Atuação de enfermeiros em um Centro de Diagnóstico por Imagem. **J. Health Sci. Inst.** Vol. 8, n. 4, p. 325-8, 2010. Disponível em

[www.unip.br/comunicacao/.../ics/.../V28\\_n4\\_2010\\_p325-328.pdf](http://www.unip.br/comunicacao/.../ics/.../V28_n4_2010_p325-328.pdf).

Acesso em: 23 Ago. 2011.

SOUSA, L. B.; et al. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**. Vol. 18, n. 1, p. 55-60, Jan./Mar. 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a10.pdf>.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o que fazer e o que pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

ZYLBERSZTEJN, J.; HAGEMANN, L. L.; FRITZEN, R. **Protocolos clínicos e sua interface com ensino, pesquisa assistência e política de gestão**. 2006. 10f. Monografia (Especialização em Gestão Hospitalar - Módulo III) - Curso de Especialização em Gestão Hospitalar, Grupo Hospitalar Conceição. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação

Oswaldo Cruz. Porto Alegre, 2006. Disponível em:  
[www2.ghc.com.br/gepnet/docscursos/gestao/gestaojaco.pdf](http://www2.ghc.com.br/gepnet/docscursos/gestao/gestaojaco.pdf). Acesso em:  
29 Ago. 2011.



## 7 PROTOCOLO DE CUIDADOS A CLIENTES SUBMETIDOS À PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA DE MAMA E TIREÓIDE

O protocolo de cuidados a clientes submetidos à PAAF teve sua construção embasada nos dados e informações obtidos juntos aos clientes e profissionais envolvidos com o processo, justificados por meio de evidências científicas. A elaboração foi idealizada de forma esquemática, objetivando descrever, responsabilizar e justificar cientificamente as ações a serem desenvolvidas junto aos clientes agendados para PAAF de mama e tireoide, considerando-se todo o processo, do início (com a recepção do cliente), ao momento educativo em sala de espera, a realização do exame e a liberação do cliente. Ambiciona, ao descrever as ações e a responsabilização do profissional por sua implementação, qualificar o cuidado prestado, evitar efeitos adversos, reduzir custos, dinamizar o processo e estabelecer a co-responsabilização entre profissionais e cliente na execução do procedimento.

A seguir, o Protocolo de Cuidado a Clientes submetidos à PAAF de mama e tireoide é apresentado de acordo com sua concepção:

<b>ÁREA DE RECEPÇÃO DO CLIENTE</b>	
<b>Atividade</b>	<b>Justificativa</b>
1.Recepcionista do Serviço de Radiologia designada para o atendimento recebe o cliente na secretaria do Serviço de Radiologia.	1. Realizar o primeiro passo do acolhimento: inclusão do cliente na unidade de atendimento (BRASIL Humaniza SUS, 2009).
2. Recepcionista recebe o formulário BPA-I, confere o preenchimento, a assinatura e o carimbo do médico requerente.	2. Os exames de alto custo são solicitados em formulários BPA-I e devem estar corretamente preenchidos para posterior encaminhamento ao serviço de finanças do HU. <i>A ausência de dados ou preenchimento incorreto implicará no não pagamento do procedimento pela Secretaria Estadual de Saúde.</i> (Portaria SC 47. de 13/03/2008) <i>Dispõem as deliberações do Secretário de Estado de Santa Catarina determinando a Lista de procedimentos, com numeração de controle distribuída pela SES (SANTA CATARINA, 2008):</i>

<b>ÁREA DE RECEPÇÃO DO CLIENTE</b>	
<b>Atividade</b>	<b>Justificativa</b>
	SUBGRUPO 01 – Coleta de material biopsia percutânea orientada por tomografia computadorizada/ultrassonografia sob o código 02.01.01.0542
3. Recepcionista confere agendamento (nome, dia, horário, tipo de exame corretos)	3 O agendamento que é realizado pelo SISREG (Sistema de Regulação) e deverá ser confirmado por meio de número chave, impresso na folha de rosto do encaminhamento do cliente. (Pactuação das vagas com SES (Secretaria de Estado de Saúde) pelo convênio firmado N°0001/2011 entre SES HU UFSC) <sup>6</sup> . Para os clientes cujo agendamento foi realizado no HU, a confirmação de presença é efetivada na agenda de Ultrassonografia do Serviço de Radiologia-HU. Assim, será garantido que o exame seja realizado no cliente certo, dia/hora certos e procedimento certo. (WHO, 2008).
4. Recepcionista checa se o cliente trouxe o exame de ultrassonografia do local a ser punccionado.	4. Para a realização da PAAF de mama e tireóide guiada por USG se faz necessário o resultado de laudo e imagens do local a ser punccionado, que irá auxiliar o Radiologista na localização do nódulo. (MOON et al., 2011) (EI)
5. Recepcionista processa a inclusão eletrônica do cliente (nome, data de nascimento e número de prontuário).  Imprimir o formulário de “Registro de Radiologia”, código 11088, do Serviço de Radiologia, destinado a realização de laudo manuscrito de exames, anexá-lo aos demais formulários (BPA-I, formulário da anatomia patológica e formulário de citopatologia nos casos de punção de mama).	5. Todos os exames realizados no Serviço de Radiologia são processados eletronicamente para fins de realização de laudo, arquivamento e estatística, sendo impresso em papel o nome do cliente, o exame a ser realizado e o número de protocolo, de acordo com as normas estabelecidas pelo Serviço de Radiologia. (Rotina estabelecida pelo Serviço de Radiologia para elaboração de relatório estatístico mensal, 2002).
6. Recepcionista preenche o formulário “exame anátomo-	6. O preenchimento do formulário código 11380, do SAP é realizado manualmente na

<sup>6</sup> SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Saúde.Convênio N° 001/HU/UFSC/2011. Convênio firmado entre Governo do Estado de Santa Catarina e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) referente ao plano operativo, assinado em 2011. [documentos].

<b>ÁREA DE RECEPÇÃO DO CLIENTE</b>	
<b>Atividade</b>	<b>Justificativa</b>
patológico”, código 11380, padronizado pelo Serviço de Anatomia Patológica HU (nome, data de nascimento, CNS, nome da mãe, endereço, exame solicitado), preenche o cabeçalho e anexa o formulário de citopatologia modelo padronizado pelo SISMAMA.	Recepção, anexado aos demais formulários e encaminhado para a sala de execução do exame. Anexar formulário: “Requisição de exame citopatológico de mama” exigido pelo programa SISMAMA (Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama) e encontrado no acesso <a href="http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/.../index.php?...sismama">www.pmf.sc.gov.br/entidades/.../index.php?...sismama</a> . (INCA, 2009). Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama –SISMAMA Manual Gerencial (INCA, 2009). SISMAMA – módulo laboratório e serviço de mamografia: orienta passo a passo <a href="http://www.redecancer.org.br/wps/.../Manual_gerencial+SISMAMA.pdf">www.redecancer.org.br/wps/.../Manual_gerencial+SISMAMA.pdf</a>
7. Recepcionista entrega o número de protocolo e o “mosquitinho lembrete” de retirada de 2 exames: SRX e SAP, ao cliente para a retirada do resultado de punção (no Serviço de Anatomia Patológica) e ultrassonografia pós punção (no Serviço de Radiologia) em 15 dias úteis.	7. Ao ser incluído no Serviço de Radiologia por meio do sistema informatizado, o exame solicitado recebe um número de protocolo (destacável do formulário padrão, código n° 11088), com o qual o cliente deverá retirar o resultado no Serviço de Anatomia Patológica. Esse procedimento permite ao cliente que não possua prontuário no HU retirar o resultado de seu exame. (Rotina estabelecida pelo Serviço de Radiologia, 2002)
8. Recepcionista comunica ao cliente a realização de um encontro de orientação sobre o exame com o Enfermeiro do Setor de Radiologia. Encaminha-os à sala de espera onde aguardarão o profissional.	8. Os clientes são encaminhados para a sala de espera onde receberão orientações com a Enfermeira do Serviço de Radiologia acerca do exame ao qual serão submetidos (PAAF). (BRASIL, 2009).

<b>EDUCAÇÃO EM SAÚDE – SALA DE ESPERA</b>	
<b>Atividade</b>	<b>Justificativa</b>
<p>9. Enfermeiro do Serviço de Radiologia chama os clientes por seus nomes, convida-os a participar de um momento de orientações. Encaminha-os à sala de reuniões e realiza o processo de acolhimento e interação entre os clientes</p> <p>A enfermeira orientará sobre:</p> <p>a. Motivo da realização do exame.</p>	<p>9. É realizado o processo de acolhimento e interação entre os clientes. Nesse momento, o enfermeiro promove a apresentação dos clientes, identificando suas expectativas em relação ao exame. Nessa primeira abordagem há a necessidade de obter informações relacionadas ao conhecimento do cliente a respeito do exame, e orientar sobre a técnica utilizada (BRASIL, 2009).</p> <p>a. As orientações sobre a necessidade de realizar a punção ocorrem baseadas nas informações que os clientes já possuem sobre o assunto. Informa-se que a PAAF é realizada para a confirmação de diagnóstico. A PAAF é definida como técnica que utiliza agulha para extrair amostras de tecido ou de líquido de organismo vivo para exame no laboratório de <u>patologia</u> e para o <u>diagnóstico</u> de doenças. (KEMP; LIMA, 1995).</p>
<p>b. Localização do nódulo com o transdutor, do aparelho de USG.</p>	<p>b. O patologista realiza varredura na área do nódulo com o transdutor do aparelho de USG para localizar o nódulo descrito no USG anterior (KIM et al., 2008).</p>
<p>c. Tamanho da agulha, da seringa, citoaspirador, anestesia.</p>	<p>c. É informado e apresentado o tamanho da agulha usada para cada tipo de punção (tireoide e mama), da seringa e do citoaspirador com o objetivo de dimensionar o material utilizado e a dor frequentemente questionada pelo cliente. Por se tratar de um procedimento invasivo, há necessidade de introdução da agulha pela pele para atingir o nódulo e esta sensação muitas vezes é desagradável, dependendo da sensibilidade individual. (KIM et al., 2008; QUERCI DELLA ROVERE et al., 2006) (EI).</p>
<p>d. Posicionamento no leito</p>	<p>d. É informado sobre o posicionamento que o cliente deverá adotar durante o exame, que será acomodado na maca conforme a PAAF a ser realizada:</p> <p>Tireoide: posição de decúbito dorsal com extensão do pescoço (KIM et al., 2008).</p> <p>Mama: posição de decúbito dorsal (supino) inicialmente e de acordo com a localização do nódulo será utilizados acessórios como o coxim</p>

<b>EDUCAÇÃO EM SAÚDE – SALA DE ESPERA</b>	
<b>Atividade</b>	<b>Justificativa</b>
	para facilitar o acesso à área a ser puncionada. (BIRDWELL et al., 2003).
e. Uso de anestésico local	e. O uso do anestésico local será utilizado sob critério médico para o conforto do cliente. Sua aplicação demanda atenção, pois poderá ser aspirado juntamente com a amostra de material, provocando a alteração do material coletado, interferindo na leitura do resultado, e, por conseguinte, no diagnóstico. (RENZI, GINNS, 1990; QUERCI DELLA ROVERE et al., 2006) (EI).
f. Número de profissionais em sala e suas funções.	f. A identificação da equipe envolvida no procedimento trará segurança ao cliente. O técnico/auxiliar de enfermagem é responsável por chamar o cliente, apresentar a equipe, acomodá-lo na maca de exames, acompanhá-lo a ante-sala, relembrar os cuidados pós-punção e liberar para casa. O médico Radiologista é responsável por localizar o nódulo a ser puncionado, compará-lo ao descrito pelo médico solicitante, e manter a visualização do nódulo e agulha ao ultrassom durante todo o procedimento. Responsabiliza-se, ainda, por avaliar a área puncionada após o procedimento. O médico Patologista efetua a punção, prepara as lâminas, avalia o material puncionado e libera o cliente. Responsabiliza-se por avaliar o cliente se houver intercorrências.
g. Cuidados durante exame, não engolir não falar.	g. A não observação desses cuidados poderá resultar em acidentes, tais como traumatismo da rede vascular periférica, aspiração de material de área adjacente, sangramentos, o que implicaria na formação de hematomas. O material aspirado, excessivamente sanguinolento, poderá danificar a amostra. (KEMP; LIMA, 1995).
h. Uso de medicamentos anticoagulantes.	h. A ingestão de medicações anticoagulantes (heparina, marevam, etc) deve ser interrompida por cinco dias antes da realização do procedimento, para evitar sangramentos e formação de hematomas locais (KIM et al., 2008).
i. Possibilidades de resultado.	i. A realização do exame pode implicar no diagnóstico positivo ou negativo para

<b>EDUCAÇÃO EM SAÚDE – SALA DE ESPERA</b>	
<b>Atividade</b>	<b>Justificativa</b>
	malignidade, podendo ser conclusivo, indeterminado ou suspeito ou insatisfatório (BALOCH et al. 2008) (EIV).
j. Encaminhamentos após a obtenção do resultado da punção.	j. Os clientes são orientados quanto às possibilidades de encaminhamentos, de acordo com o resultado da punção: acompanhamento clínico ou abordagem cirúrgica, que deverá ser orientado pelo seu médico (BALOCH et al. 2008) (EI IV).
k. Retirada do resultado	k. O resultado anátomo patológico estará disponível após 10 dias úteis e deverá ser retirado no Serviço de Anatomia Patológica e com a apresentação do protocolo ou número de prontuário. (Rotina estabelecida pelo SRX e SAP, 2005)
l. Retorno ao médico com o resultado da punção	l. É ressaltada a importância de agendar consulta e retornar ao médico assim que o resultado estiver pronto. O médico que está acompanhando o caso é quem poderá indicar a conduta terapêutica e encaminhamentos que se fizerem necessários, de acordo com o resultado. Destaca-se que o diagnóstico precoce, nos casos de câncer, proporciona maior chance de cura, melhora a qualidade de sobrevivência e vida dos clientes (OPAS/OMS, 2008) (EI).
m. Enfermeiro solicita ao cliente a leitura e assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido), com o número do CPF ou identidade para a execução do exame.	m. Todos os clientes devem ser esclarecidos com relação ao procedimento que irão realizar e assinar o TCLE. O uso do termo de consentimento livre e esclarecido na prática médica visa o esclarecimento ao cliente sobre o procedimento a que será submetido, estabelecendo o compartilhamento do ato executado e seus resultados, assim como a proteção do profissional por meio da medicina defensiva (BRASIL, 1996).
n. Enfermeiro oferece lanche aos clientes.	n. O exame de PAAF é minimamente invasivo, não exigindo o preparo de jejum. No entanto, a grande maioria chega à Instituição sem alimentação prévia. O lanche tem como objetivo evitar que os clientes sintam-se mal devido ao jejum prolongado (MACUCO, 1998).
10. Enfermeiro orienta os clientes para aguardarem a realização do procedimento na	10. Os clientes serão chamados por ordem de chegada e acompanhados até a sala de exame, salvo condições que necessitem atenção

<b>EDUCAÇÃO EM SAÚDE – SALA DE ESPERA</b>	
<b>Atividade</b>	<b>Justificativa</b>
sala de espera, de onde serão chamados por ordem de chegada e acompanhados até a sala de exame.	especial. (Terá atendimento <b>PREFERENCIAL</b> ) (BRASIL, 2003).

<b>ETAPAS PARA O PROCEDIMENTO DE PAAF DE TIRÓIDE</b>	
<b>AÇÕES</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>
1. Técnico/auxiliar de enfermagem chama o cliente pelo nome e acompanha-o à sala de exames.	1. Chamar o cliente pelo nome individualiza o ser humano e evita evento adverso, como troca de cliente (WHO, 2008b). (EI).
2. Técnico/auxiliar de enfermagem apresenta a equipe e entrega exames anteriores ao Radiologista. Médico Radiologista analisa o exame de USG anterior.	2. É necessária a apresentação do exame de USG anterior para facilitar a localização do nódulo/lesão a ser puncionada (CHOI; PARK; KOH, 2008). (EIII).
3. Técnico/auxiliar de enfermagem acomoda o cliente na maca de exame, em decúbito dorsal, com pescoço exposto e em extensão, posicionando o travesseiro dos ombros para tórax. Coloca-se campo fenestrado de tecido sobre a roupa do cliente.	3. O posicionamento de extensão do pescoço facilita a visualização, delimitação e fixação do nódulo para a punção (KIM et al., 2008). A utilização de campo de tecido evita que a vestimenta do cliente possa ser suja, assim como permite a utilização do mesmo para proceder à limpeza da área após a realização da punção. (NISCHIMURA; POTENZA; CESARETTI, 1999, cap. 3).
4. Médico Radiologista, após higienização simples das mãos, calça luva de procedimento, recobre o transdutor de 7 Mhz com preservativo de látex e, em seguida, coloca álcool a 70% sobre a área a ser puncionada, localiza o nódulo a ser puncionado com o transdutor mantendo-o visível. A decisão do nódulo a ser puncionado respeitará, inicialmente, a indicação do médico solicitante. Será alterado a critério do médico Radiologista, baseado nas evidências da imagem.	4. O uso de luva de procedimento é indicado para proteção individual no momento da realização de atividade que ofereça risco biológico (BRASIL, 2008). O álcool a 70% é utilizado como meio para acoplamento do transdutor, servindo também como meio anti-séptico da pele. (BRASIL, 2010a) O preservativo de látex que recobre o transdutor tem como finalidade evitar a contaminação entre os clientes e deverá ser trocado a cada novo exame, evita também a entrada de sujidades nas áreas de reentrâncias do transdutor (BIRDWELL et al., 2006). A punção será realizada na lesão cujas características descritivas abalizem sua necessidade, de acordo com a literatura (MOON

<b>ETAPAS PARA O PROCEDIMENTO DE PAAF DE TIRÓIDE</b>	
<b>AÇÕES</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>
	et al., 2011) (EI).
5. Médico Patologista identifica as lâminas a lápis, com as iniciais do cliente.	5. O material é considerado adequado quando houver 5 ou mais grupos de células epiteliais. Portanto, o número de lâminas estará vinculado à amostra adequada, quando avaliado por médico Patologista. Na ausência deste, deverá ser confeccionada de 3-5 lâminas. As lâminas e os frascos devem ser identificadas com lápis para evitar a troca de exames. (QUERCI DELLA ROVERE et al., 2006) (EII).
6. Médico Patologista, após a higienização simples, das mãos, calça luva de procedimentos, prepara a seringa de luer-lock de 10 ml e agulha de 23 G, acoplando-os ao citoaspirador.	6. A higienização simples das mãos evita a propagação de microorganismos (BRASIL, 2010b). As punções são realizadas com seringa de 10 ml com luer lock, pois esse dispositivo no bico da seringa proporciona conexão segura entre a seringa e a agulha, evitando vazamentos de ar e líquido (ISO, 1998). O citoaspirador (empunhadura) tem a finalidade de permitir o manuseio da agulha acoplada na seringa, com maior firmeza e segurança dentro do nódulo, permitindo ainda que uma das mãos fique livre caso haja a necessidade de fixar a área a ser puncionada (KEMP, LIMA, 1995, p. 59-62).
7. Médico patologista realiza a assepsia do local a ser puncionado com clorexedina alcoólica 0,5%.	7. A assepsia do local deve ser realizada com clorexedina alcoólica 0,5% pois a mesmo apresenta excelente ação bactericida e sua atividade na pele tem ação imediata (15'') mantendo-a mesmo na presença de sangue (BRASIL, 2000, p.32)
8. Médico patologista orienta o cliente no momento da coleta de material (não falar nem deglutir)	8. Ao informar o cliente que a coleta de material será iniciada, este estará ciente de que, a partir daquele momento, deverá permanecer sem falar e sem engolir durante a realização do exame (esta informação é lembrada no momento da punção). Este procedimento tem curta duração, pois a visualização da agulha dentro do nódulo em tempo real facilita a obtenção da amostra com maior eficácia e rapidez. Ao falar e/ou deglutir, o nódulo e/ou a agulha poderão mover-se e o médico poderá puncionar a região adjacente ao nódulo e causar algum acidente ao cliente (KIM et al., 2008)



ETAPAS PARA O PROCEDIMENTO DE PAAF DE TIRÓIDE	
AÇÕES	JUSTIFICATIVA
	(EIV).
9. Médico patologista insere a agulha paralela ao transdutor, através da pele, até encontrar o nódulo a ser puncionado.	9. A inserção paralela ao transdutor permite monitorar a progressão da agulha em direção ao nódulo em tempo real, até atingir a área para a coleta do material (KIM et al., 2008) (EIV).
10. Médico patologista aspira ao material conforme técnica.  <i>a. Capilaridade:</i> movimentos de entrada e saída sem aspiração <i>b. Aspiração com vácuo:</i> movimentos de entrada e saída com aspiração (2 ml). <i>c. Aspiração intermitente sem movimento de agulha:</i> movimentos de aspiração com agulha fixa. A amplitude dos movimentos não deverá extrapolar os contornos do tumor	10. A quantidade de material coletado estará diretamente vinculada à técnica de punção utilizada (capilaridade, aspiração, aspiração intermitente), obtendo-se entre 1 e 3 ml de material para análise.  a) usado em lesões hipervascularizadas, multicísticas.  b) usado em lesões hipovascularizadas, poucas cistificações.  c) usado em lesões císticas com pequenas vegetações sólidas na parede, lesões hipervascularizadas. (TRIPPIA, 2009). Ao ultrapassar os limites do tumor a rede vascular periférica poderá ser traumatizada, ocorrendo a aspiração de material adjacente, levando a resultados falsos. (KEMP; LIMA, 1995, p. 59-62).
11. Médico patologista desfaz a tração do êmbolo, e retira a agulha e solicita ao cliente que comprima a área puncionada com gaze.	11. Por tratar-se de área vascularizada, ocorre o sangramento no local. A compressão promoverá a vasoconstrição e, conseqüentemente, a estagnação do sangramento. (NETTER, 2003)
12. Médico Radiologista avalia a área puncionada com o auxílio do USG, em busca de alterações após a punção.	12. A área puncionada pode apresentar formação de hematoma localizado que será visível com o auxílio do USG. Caso haja formação de hematoma imediato no local, o cliente permanecerá em observação. (Se não houver estabilização do quadro em aproximadamente 30 minutos, o cliente será conduzido ao Serviço de Emergência para medicação e observação, de acordo com a rotina estabelecida em comum acordo entre o SRX e SAP, 2005) (KIM et al., 2008) (EIV).
13. Médico Patologista realiza	13. A análise do material no microscópio logo

<b>ETAPAS PARA O PROCEDIMENTO DE PAAF DE TIRÓIDE</b>	
<b>AÇÕES</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>
esfregação do material e avalia ao microscópio. Se a amostra é satisfatória, libera o cliente. Em caso negativo, decide se há possibilidade nova punção.	após a coleta de material proporcionará ao patologista identificar se a amostra é suficiente e optar por nova punção, ou a liberação do cliente. (BALOCH et al., 2008) (EIV).
14. Médico Patologista acondiciona a lâmina em frasco com álcool a 95% (previamente identificado).	14. As lâminas devem estar previamente identificadas com nome do cliente e registro, para garantir a confiabilidade do resultado. O material para exame citopatológico é mantido em frasco com álcool a 95% para evitar alterações nas características celulares. (KEMP; LIMA, 2005, p. 59-62).
15. Médico Patologista acondiciona lâmina com esfregação em frasco seco (previamente identificado com iniciais do cliente). Identifica seringa com o restante do material coletado e, se necessário, aspira SF 0,9%.	15. O uso de solução fisiológica 0,9% permite a utilização de todo o material existente na seringa (KIM et al., 2008) (EIV). Após a realização do exame e acondicionamento adequado, o material será encaminhado para análise no setor de anatomia-patológica.
16. Técnico/auxiliar de enfermagem aplica curativo no local da punção.	16. O curativo de bandagem anti-séptica é colocado como forma de proteção da região puncionada, evitando a entrada de sujidades e impedindo sangramentos. Disponibiliza gelo para ser colocado sobre a área por 10' (SBPC/ML; BD DIAGNOSTICS..., 2005) (EIV).
17. Técnico/auxiliar de enfermagem acompanha a cliente até a sala localizada em frente à sala de USG, onde aguardará liberação definitiva	17. O técnico/auxiliar de enfermagem encaminha o cliente até a ante – sala, onde permanecerá por aproximadamente 10', em observação, com bolsa de gelo no local puncionado (será observado dificuldade para deglutir, dor intensa, sangramento excessivo, tontura, entre outros) (OERTEL, 2007). No caso de apresentar algum tipo de intercorrência, o médico deverá ser comunicado. O cliente será encaminhado para a sala de USG e a área puncionada será reavaliada por meio do USG. O cliente poderá ser medicado com analgésico em caso de dor.
18. Técnico/auxiliar de enfermagem relembra, orienta os cuidados pós-punção: repouso relativo, e analgesia em caso de dor.	18. A enfermeira já realizou as orientações pós-punção. Nesse momento o técnico/auxiliar de enfermagem relembra o cliente sobre os cuidados. - O repouso relativo é recomendado por 24

<b>ETAPAS PARA O PROCEDIMENTO DE PAAF DE TIRÓIDE</b>	
<b>AÇÕES</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>
	<p>horas.</p> <p>A analgesia é indicada, pois se trata de exame invasivo com a transfixação de área vascularizada e músculo, podendo resultar em dor após o procedimento.</p> <p>É indicado o uso do analgésico que o cliente já está acostumado desde que não contenha princípios ativos que interfiram na ação das plaquetas (medicação anticoagulante). (WHO, 2011) (EI).</p> <p>- O curativo poderá ser retirado no dia seguinte.</p>
19. Técnico/auxiliar de enfermagem esclarece novamente sobre o resultado do exame (local onde irá buscar e em quanto tempo).	<p>19. O resultado é retirado mediante a apresentação do protocolo (entregue na recepção) no Serviço de Anatomia Patológica. Os clientes procedentes do interior do Estado são orientados a solicitar aos motoristas das ambulâncias que os trouxeram a buscar o exame e entregar nas respectivas regionais de saúde. O exame estará disponível após 10 dias úteis da sua realização.</p> <p>(HU, Rotina estabelecida pelos Serviços de RX e SAP, 2005).</p>
20. Técnico/auxiliar de enfermagem libera o cliente	<p>20. Após os esclarecimentos necessários, o cliente pode ser liberado.</p>
21. Técnico/auxiliar de enfermagem confere o material coletado com as requisições e formulários e acondiciona os frascos e seringa em caixa própria, permanecendo o material na sala de USG até encaminhamento ao SAP.	<p>21. A conferência é realizada com o objetivo de evitar trocas de exames (WHO, 2008a) (EI).</p> <p>O material é acondicionado em caixa de isopor para evitar perda ou quebra do material coletado (Formulário Nacional, (BRASIL, 2005).</p>
22. Técnico/auxiliar de enfermagem protocola as requisições em livro próprio.	<p>22. A realização do registro em protocolo serve para garantir que não seja extraviado o material coletado. O protocolo deverá ser assinado pelo servidor do SAP que receber o material.</p> <p>(Rotina estabelecida entre SR e SAP, 2002).</p>
23 Técnico/auxiliar de enfermagem acondiciona o material em recipiente próprio para transporte (caixa de isopor) e transporta ao SAP.	<p>23. O material será encaminhado ao Serviço de Anatomia Patológica pelo Técnico/auxiliar de enfermagem e entregue ao funcionário do setor responsável pelo recebimento que deverá conferir o material e requisições e assinar o livro de protocolo que retornará ao Serviço de Radiologia. O material é acondicionado em caixa de isopor para evitar perda ou quebra do</p>

<b>ETAPAS PARA O PROCEDIMENTO DE PAAF DE TIRÓIDE</b>	
<b>AÇÕES</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>
	material coletado (Formulário Nacional, (BRASIL, 2005))
24. Técnico/auxiliar de enfermagem processa a limpeza da maca de USG, da mesa de apoio, acondiciona o frasco de azul de metileno e o estojo (lápiz, tesoura, pinça) no armário e organiza a sala para o próximo exame.	24. A limpeza da superfície evita proliferação de microorganismos e infecção cruzada. Será realizada a limpeza da superfície da maca com álcool a 70% e a troca dos lençóis e fronhas. O microscópio deverá ser guardado no armário com chave. A sala estará preparada para o prosseguimento da agenda de exames (BRASIL, 2010b).

<b>ETAPAS PARA PROCEDIMENTO DE PAAF DE MAMA</b>	
<b>AÇÕES</b>	<b>JUSTIFICATIVAS</b>
1. Técnico/auxiliar de enfermagem chama o cliente pelo nome para a sala de exame.	1. Chamar o cliente pelo nome individualiza o ser humano e evita evento adverso, como troca de cliente (WHO, 2008b) (EI).
2. Técnico/auxiliar de enfermagem oferece camisola aberta e orienta retirar as roupas da cintura para cima e vestir a camisola com a abertura para frente.	2. Objetiva preservar a intimidade do cliente e facilita o acesso à área a ser puncionada (COFEN, 2007, art 19). A utilização de campo de tecido evita que a vestimenta do cliente possa ser suja, assim como permite a utilização da mesma para proceder à limpeza da área após a realização da punção. (NISCHIMURA; POTENZA; CESARETTI, 1999, cap. 3).
3. Técnico/auxiliar de enfermagem apresenta a equipe e entrega exames anteriores ao Radiologista.  Médico Radiologista analisa o exame de USG anterior.	3. É necessária a apresentação do exame de USG anterior para facilitar a localização do nódulo/lesão a ser puncionada (CHOI; PARK; KOH, 2008). (EIII).
4. Técnico/auxiliar de enfermagem acomoda a cliente na maca de exame, em decúbito dorsal, coloca campo de tecido sobre a área a ser puncionada. O posicionamento dos braços e o uso de coxim dependerão da localização do nódulo na mama.	4. O posicionamento da mulher em decúbito dorsal permite maior visualização das mamas. A utilização de coxim para a punção de mama dependerá da localização do nódulo: mama D ou E, assim como a localização relacionada ao quadrante e o acesso ao mesmo. (NISCHIMURA; POTENZA; CESARETTI, 1999, cap. 3).

<b>ETAPAS PARA PROCEDIMENTO DE PAAF DE MAMA</b>	
<b>AÇÕES</b>	<b>JUSTIFICATIVAS</b>
<p>5. Médico Radiologista, após higienização simples das mãos, calça luvas de procedimento, recobre o transdutor de 7 Mhz com preservativo de látex e, em seguida, coloca álcool a 70% sobre a área a ser puncionada. Localiza o nódulo a ser puncionado com o transdutor, mantendo-o visível. A decisão do nódulo a ser puncionado respeitará, inicialmente, a indicação do médico solicitante. Será alterado a critério do médico Radiologista, baseado nas evidências da imagem.</p>	<p>5. O uso de luva de procedimento é indicado para proteção individual no momento da realização de atividade que ofereça risco biológico (BRASIL, 2008). O álcool a 70% auxilia no acoplamento do transdutor, servindo também como meio anti-séptico da pele (BRASIL, 2010). O preservativo de látex que recobre o transdutor evita a contaminação entre os clientes e a entrada de sujidades nas áreas de reentrâncias do transdutor e deverá ser trocado a cada novo exame. (BIRDWELL et al., 2003). A punção será realizada na lesão cujas características descritivas abalzem sua necessidade, de acordo com a literatura (MOON et al., 2011) (EI).</p>
<p>6. Médico Patologista identifica as lâminas, a lápis, com as iniciais da cliente.</p>	<p>6. O material é considerado adequado quando houver 5 ou mais grupos de células epiteliais. Portanto, o n° de lâminas estará vinculado à amostra adequada, quando avaliado por médico Patologista. Na ausência deste deverá ser confeccionada de 3-5 lâminas. As lâminas e os frascos devem ser identificados com lápis para evitar a troca de exames (QUERCI DELLA ROVERE et al., 2006).</p>
<p>7. Médico Patologista, após higienização simples das mãos, calça luvas de procedimento e prepara a seringa de luer-lock de 10 ml e agulha de 23 G ou 27 G, acoplando-as ao citoaspirador.</p>	<p>7. A higienização simples das mãos evita a propagação de microorganismos (BRASIL, 2010b). As punções são realizadas com seringa de 10 ml com luer lock, pois esse dispositivo no bico da seringa proporciona conexão segura entre a seringa e a agulha, evitando vazamentos de ar e líquido (ISO, 1998). O citoaspirador (empunhadura) tem a finalidade de permitir o manuseio da agulha acoplada à seringa, com maior firmeza e segurança dentro do nódulo, permitindo ainda que uma das mãos fique livre caso haja necessidade de fixar a área a ser puncionada. (KEMP; LIMA, 1995, p. 59-62).</p>
<p>8. Médico Patologista realiza a assepsia do local a ser puncionado, com clorexidina alcoólica 0,5%.</p>	<p>8. A assepsia do local deve ser realizada com clorexidina alcoólica 0,5% pois a mesma apresenta excelente ação bactericida e sua atividade na pele tem ação imediata (15”).</p>

ETAPAS PARA PROCEDIMENTO DE PAAF DE MAMA	
AÇÕES	JUSTIFICATIVAS
	mantendo-a mesmo na presença de sangue. (BRASIL, 2000, p. 32).
9. Médico Patologista orienta o início da coleta de material e solicita à cliente sua colaboração.	9. Ao informar à cliente que a coleta de material será iniciada, esta estará ciente de que, a partir daquele momento, deverá permanecer imóvel durante todo o procedimento pois ao se mexer, o nódulo e/ou a agulha poderão mover-se e o médico poderá puncionar a região adjacente ao nódulo e causar algum acidente ao cliente. A punção tem curta duração já que a visualização da agulha dentro do nódulo, em tempo real, facilita a obtenção da amostra com maior eficácia e rapidez. (KIM et al., 2008) (EIV).
10. Médico Patologista insere a agulha paralela ao transdutor, através da pele, até encontrar o nódulo a ser puncionado.	10. A inserção paralela ao transdutor permite monitorar a progressão da agulha em direção ao nódulo, em tempo real, até atingir a área para a coleta do material. (KEMP; LIMA, 1995, p. 59-62).
11. Médico Patologista aspira o material conforme técnica: <i>a. Capilaridade:</i> movimentos de entrada e saída sem aspiração. <i>b. Aspiração com vácuo:</i> movimentos de entrada e saída com aspiração (2 ml). <i>c. Aspiração intermitente sem movimento de agulha:</i> movimentos de aspiração com agulha fixa.  A amplitude dos movimentos não deverá extrapolar os contornos do tumor.	11. A quantidade de material coletado estará diretamente vinculada à técnica de punção utilizada (capilaridade, aspiração, aspiração intermitente), obtendo-se entre 1 a 3 ml de material para análise. a) usado em lesões hipervasculares, multicísticas. b) usado em lesões hipovasculares, poucas cistificações. c) usado em lesões císticas com pequenas vegetações sólidas na parede, lesões hipervasculares. (TRIPPIA, 2009).  Ao ultrapassar os limites do tumor a rede vascular periférica poderá ser traumatizada, ocorrendo a aspiração de material adjacente e levando a resultados falsos. (KEMP; LIMA, 1995, p. 59-62).
12. Médico Patologista desfaz a pressão do êmbolo, retira a agulha e solicita ao cliente que comprima a área puncionada com gaze.	11. Por tratar-se de área vascularizada, ocorre o sangramento no local. A compressão promoverá a vasoconstrição e, conseqüentemente, a estagnação do sangramento. (NETTER, 2003).
13. Médico Radiologista avalia a área puncionada com o	13. A área puncionada pode apresentar formação de hematoma localizado, que será

<b>ETAPAS PARA PROCEDIMENTO DE PAAF DE MAMA</b>	
<b>AÇÕES</b>	<b>JUSTIFICATIVAS</b>
auxílio do USG em busca de alterações após a punção.	visível com o auxílio do USG. Caso haja formação de hematoma imediato no local, o cliente permanecerá em observação. Se não houver estabilização do quadro em aproximadamente 30 minutos, o cliente será conduzido ao Serviço de Emergência para medicação e observação, de acordo com a rotina estabelecida em comum acordo entre o SRX e SAP. (KIM et al., 2008) (EIV).
14. Médico Patologista realiza esfregaço do material e avalia no microscópio. Se a amostra é satisfatória, libera o cliente. Em caso negativo, decide por nova punção.	14. A análise do material no microscópio logo após a coleta proporcionará ao Patologista identificar se a amostra é suficiente e optar por nova punção ou a liberação do cliente. (BALOCH et al., 2008) (EIV).
15. Médico Patologista acondiciona a lâmina em frasco com álcool a 95% (previamente identificados).	15. As lâminas devem estar previamente identificadas o com nome do cliente e registro, para garantir a confiabilidade do resultado. O material para exame citopatológico é mantido em frasco com álcool a 95% para evitar alterações nas características celulares. (KEMP; LIMA, 2005, p. 59-62).
16. Médico Patologista acondiciona lâmina com esfregaço em frasco seco (previamente identificado com as iniciais do cliente). Identifica a seringa com o restante do material coletado e, se necessário, aspira SF 0,9% para encaminhar para análise.	16. A utilização de SF 0,9% permite a utilização de todo o material existente na seringa. (KIM et al., 2008).(EIV). Após a realização do exame e acondicionamento, o material será encaminhado para análise no setor de anatomia-patológica.
17. Técnico/auxiliar de enfermagem aplica curativo no local da punção.	17. O curativo de bandagem anti-séptica é colocado como forma de proteção da região puncionada, evitando a entrada de sujidades e impedindo sangramentos. Disponibiliza gelo para ser colocado sobre a área por 10'. (SBPC/ML; BD DIAGNOSTICS..., 2005) (EIV).
18. Técnico/auxiliar de enfermagem acompanha a cliente até a sala localizada em frente à sala de USG, onde aguardará liberação definitiva.	18. O técnico/auxiliar de enfermagem encaminha o cliente até a ante - sala onde permanecerá por aproximadamente 10', em observação, com bolsa de gelo no local puncionado (será observado dor intensa, sangramento excessivo, tontura, entre outros). (OERTEL, 2007).

<b>ETAPAS PARA PROCEDIMENTO DE PAAF DE MAMA</b>	
<b>AÇÕES</b>	<b>JUSTIFICATIVAS</b>
	No caso de apresentar algum tipo de intercorrência, o médico deverá ser comunicado. O cliente será encaminhado para a sala de USG e a área puncionada será reavaliada por meio do USG. O cliente poderá ser medicado com analgésico, em caso de dor.
19. Técnico/auxiliar de enfermagem relembra orientações os cuidados pós-puncção: (repouso relativo e analgesia em caso de dor).	19. A enfermeira já realizou as orientações pós-puncção, nesse momento o técnico/auxiliar de enfermagem relembra o cliente sobre os cuidados. - O repouso relativo é recomendado por 24 horas. A analgesia é indicada, pois se trata de exame invasivo com a transfixação de área vascularizada, podendo resultar em dor após o procedimento. É indicado o uso de analgésico que o cliente já esteja acostumado, desde que não contenha princípios ativos que interfiram na ação das plaquetas (medicação anticoagulante). (WHO, 2011) (EI). - A observação de sangramento deve ser avaliada para evitar hematoma. - O curativo poderá ser retirado no dia seguinte.
20. Técnico/auxiliar de enfermagem esclarece novamente sobre o resultado do exame (local onde irá buscar e em quanto tempo).	20. O resultado é retirado mediante a apresentação do protocolo (entregue na recepção) no Serviço de Anatomia Patológica. Os clientes procedentes do interior do Estado são orientados a solicitar aos motoristas das ambulâncias que os trouxeram a buscar o exame e entregar nas respectivas regionais de saúde. O exame estará disponível após 15 dias úteis da sua realização. (Rotina estabelecida pelos Serviços de RX e SAP, 2002).
21. Técnico/auxiliar de enfermagem libera a cliente.	21. Após os esclarecimentos necessários a cliente pode ser liberado.
22. Técnico/auxiliar de enfermagem confere o material coletado com as requisições e formulários e acondiciona os frascos e seringa em caixa própria, permanecendo o material na sala de USG até ser encaminhado ao SAP.	22. A conferência é realizada com o objetivo de evitar trocas de exames. (WHO, 2008a). O material é acondicionado em caixa de isopor para evitar perda ou quebra do material coletado. (BRASIL, 2005).



ETAPAS PARA PROCEDIMENTO DE PAAF DE MAMA	
AÇÕES	JUSTIFICATIVAS
23. Técnico/auxiliar de enfermagem protocola as requisições em livro próprio.	23. A realização do registro em protocolo serve para garantir que não seja extraviado o material coletado. O protocolo deverá ser assinado pelo servidor do SAP que receber o material. (Rotina estabelecida entre SRX e SAP, 2005).
24. Técnico/auxiliar de enfermagem acondiciona o material em recipiente próprio para transporte (caixa de isopor) e o transporta ao SAP.	24. O material será encaminhado ao SAP pelo Técnico/auxiliar de enfermagem e entregue ao funcionário do setor responsável pelo recebimento, que deverá conferir o material e requisições e assinar o livro de protocolo, que retornará ao Serviço de Radiologia. (BRASIL, 2005).
25. Técnico/auxiliar de enfermagem processa a limpeza da maca de USG, mesa de apoio, acondiciona o frasco de azul de metileno e o estojo (lápiz, tesoura, pinça) no armário e organiza a sala para o próximo exame.	25. A limpeza da superfície evita proliferação de microorganismos e infecção cruzada. Será realizada a limpeza da superfície da maca com álcool a 70% e a troca dos lençóis e fronhas. O microscópio deverá ser guardado no armário com chave. A sala estará preparada para o prosseguimento da agenda de exames. (BRASIL, 2010b).

## REFERÊNCIAS

BODENHEIMER, T.; WAGNER, E. H.; GRUMBACH, K. Improving primary care for patients with chronic illness. **JAMA**. Vol. 288, n. 14, p. 1775-9, Oct. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Estabelece critérios sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 1996. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/Resolucoes/1996/Reso196.doc>. Acesso em: 14 jul. 2011.

COREN/MG (Conselho Regional de Enfermagem de Minas gerais). Câmara Técnica da Atenção Básica, COREN/MG: protocolos gerenciais da atenção básica. Belo Horizonte (MG): COREN/MG, [2009]. 59 slides. Disponível em: <http://www.corenmg.gov.br/sistemas/app/web200812/docs/anexos/conte>

udo\_dinamico/Apresentacao\_Protocolos\_Assistenciais\_Rosana\_Paes.pdf. Acesso em: 20 Ago. 2011.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas - SP), Campinas (SP): UFF, 1999. 23p.** Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/ferramentas-analisadoras-fluxograma-rede-peticao.pdf>. Acesso em: 23 Ago. 2011.

FRANCO, T. B. **O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz - MG. Belo Horizonte (MG): UFF, 2000, 30 p.** Disponível em: [http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/fluxograma\\_descritor\\_e\\_projetos\\_terapeuticos\\_caso\\_de\\_luz\\_tulio\\_franco.pdf](http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/fluxograma_descritor_e_projetos_terapeuticos_caso_de_luz_tulio_franco.pdf). Acesso em: 23 Ago. 2011.

GUERRERO, G. P.; BECCARIA, L. M.; TREVIZAN, M. A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. Vol. 16, n. 6, p. 966-72, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/05.pdf>. Acesso em: 23 Ago. 2011.

GOODHART, J.; PAGE, J. Radiology Nursing. **Orthop. Nurs.** v. 26, n. 1, p. 36-9, Jan./Feb. 2007.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011. 128 p.

\_\_\_\_\_. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Módulo laboratório e serviço de mamografia: orienta passo a passo. In: \_\_\_\_\_. **Sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA): manual gerencial.** Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em:

[http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/d19dd6804d9c1751bed5bfca6e73abae/Manual\\_Gerencial+SISMAMA.pdf?MOD=AJPERES](http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/d19dd6804d9c1751bed5bfca6e73abae/Manual_Gerencial+SISMAMA.pdf?MOD=AJPERES). Acesso em: 28 Jun. 2011.

KEMP, C.; LIMA, G. R. Punção por Agulha Fina. In: PIATO, S. **Mastologia**. São Paulo: Roca, 1995. Cap 7..p. 59-62.  
LIAO, M. N.; et al. Effect of supportive care on the anxiety of women with suspected breast cancer. **J. Adv. Nurs**. Vol. 66, n. 1, p. 49-9, Jan. 2010.

MALTA, D. C.; et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de belo horizonte. Campinas (SP): UFF, 1997, 22p. Disponível em:  
<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-13.pdf>. Acesso em: 23 Ago. 2011.

MOON, W. J.; et al. Ultrasonography and the ultrasound-based management of thyroid nodules: consensus statement and recommendations. **Korean J. Radiol**. Vol. 12, n. 1, p. 1-14, Jan.-Feb. 2011.

NGA, M. E.; et al. Experience with standardized thyroid fine-needle aspiration reporting categories: follow-up data from 529 cases with "indeterminate" or "atypical" reports. **Cancer Cytopathol**. Vol. 118, n. 6, p. 423-33, Dec. 2010.

OLIVEIRA, P. R. G. **Carcinoma papilífero da tireoide**: estudo comparativo entre os casos usuais e aqueles associados à tireoidite autoimune. São Paulo, 2009, 137p. Tese (Doutorado em Oncologia)-Curso de Pós-Graduação em Ciências, Fundação Antônio Prudente.

OPAS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde). Tradução para o Espanhol e Português das Diretrizes Internacionais para Saúde da Mama e Controle do Câncer – Execução da diretriz para a saúde da mama em países de baixa e média

renda: sinopse da Cúpula de 2007 sobre a iniciativa global para a saúde da mama. **Câncer**. Vol. 113, n. 8 - Suplemento, [23p], 15 de outubro de 2008. Disponível em:

[www.femama.org.br/ingles/arquivos/0.437461001286464199.pdf](http://www.femama.org.br/ingles/arquivos/0.437461001286464199.pdf).

Acesso em: 26 Ago. 2011.

ROSÁRIO, P. W.; PURISCH, S. Ultrasonographic characteristics as a criterion for repeat cytology in benign thyroid nodules. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** Vol. 54, n. 1, p. 52-5, Feb. 2010.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. Itinerário percorrido pelas mulheres na descoberta do câncer. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm. [on line]**. Vol. 13, n. 3, p. 558-66, Jul.-Set. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a15.pdf>. Acesso em: 23 Ago. 2011.

SALES, O. P.; et al.. Atuação de enfermeiros em um Centro de Diagnóstico por Imagem. **J. Health Sci. Inst.** Vol. 8, n. 4, p. 325-8, 2010. Disponível em

[www.unip.br/comunicacao/.../ics/.../V28\\_n4\\_2010\\_p325-328.pdf](http://www.unip.br/comunicacao/.../ics/.../V28_n4_2010_p325-328.pdf).

Acesso em: 23 Ago. 2011.

SOUSA, L. B.; et al. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**. Vol. 18, n. 1, p. 55-60, Jan./Mar. 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a10.pdf>.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o que fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

WILLIAMS, T. A.; LESLIE, G. D. A review of the nursing care of enteral feeding tubes in critically ill adults: part I. Intensive and critical care nursing, v.21,n.1, p. 5-15, 2005.

ZYLBERSZTEJN, J.; HAGEMANN, L. L.; FRITZEN, R. **Protocolos clínicos e sua interface com ensino, pesquisa assistência e política de**

**gestão.** 2006. 10f. Monografia (Especialização em Gestão Hospitalar - Módulo III ) - Curso de Especialização em Gestão Hospitalar, Grupo Hospitalar Conceição. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Porto Alegre, 2006. Disponível em: [www2.ghc.com.br/gepnet/docscursos/gestao/gestaojaco.pdf](http://www2.ghc.com.br/gepnet/docscursos/gestao/gestaojaco.pdf). Acesso em: 29 Ago. 2011.



## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Viabilizar a construção de um protocolo de cuidado a clientes submetidos à Punção Aspirativa por Agulha Fina de mama e tireoide de forma coletiva com os profissionais do Serviço de Radiologia e do Serviço de Patologia considerando as ansiedades e expectativas expressas pelos clientes na eminência de realizar o exame de punção constituiu-se em um desafio pessoal, no sentido de romper com a forma como vem sendo realizado este atendimento nos serviços de saúde, em especial no aspecto de acolhimento e humanização no cuidado a esses clientes.

A realização das salas de espera com os clientes permitiu o encontro entre seres profissionais e clientes, cada qual com suas crenças e valores, os quais puderam compartilhar informações e experiências, emoções, angústias e expectativas e articular as orientações pertinentes e necessárias, alusivas ao exame. Oportunizou a formação de redes de apoio entre os integrantes, favorecendo o cuidado mútuo nos momentos após o encerramento do encontro e que antecediam a realização do exame.

Comprovou-se nesse estudo, a partir das verbalizações dos clientes, o despreparo com que os mesmos se apresentam frente à realização de exame invasivo, pois a grande maioria não recebeu informações condizentes com a magnitude do mesmo.

Fica evidente a fragilidade do Sistema Público de Saúde no momento em que o profissional envolvido com a requisição do exame não procede às orientações adequadas alusivas à técnica a ser utilizada, gerando ansiedade e medo diante do procedimento.

O acolhimento proposto nesse trabalho como uma postura ética e uma ação técnica assistencial, possibilitou a análise do processo de trabalho, suas inter-relações, pressupondo a necessidade da mudança desse processo, devolvendo ao cliente o papel de protagonista, participante ativo no processo de produção de saúde. Nesse sentido, o estudo deu voz aos clientes para expressarem suas expectativas, medos, angústias sem o temor da repreensão.

A educação em saúde por meio das salas de espera se mostrou uma estratégia eficaz para a consolidação do espaço do enfermeiro no Serviço de Radiologia, apresentando resultados positivos, expressos pela verbalização dos clientes de sentirem-se mais confiantes e tranquilos frente ao procedimento, em virtude da compreensão do processo a ser

vivido.

O cuidado na sala de espera enquanto atividade inerente ao papel do enfermeiro mostra-se, nesse estudo, como instrumento capaz de colocar o cliente em contato com suas emoções e, na concretude desse sentir, reduzir a ansiedade, esclarecer dúvidas promovendo o diálogo, numa relação afetiva e acolhedora construída em cada encontro, abordando o cliente para além da sua doença e suas queixas.

As verbalizações de medo frente ao procedimento e ao diagnóstico são compreensíveis quando aliamos a esse fato a falta de orientação acerca do exame e a possibilidade do resultado trazer a confirmação de uma doença estigmatizante como o câncer. Nesse estudo, comprovou-se que a possibilidade de obter um resultado positivo para a malignidade desestabilizou emocionalmente grande parte dos clientes, independentemente de ser câncer de tireoide ou mama. A questão, naquele momento, era a doença e toda a repercussão que ela causa. A possibilidade de um diagnóstico de câncer, por si só, gera medo e apreensão; a falta de informações sobre o exame contribui para aumentar esses sentimentos.

A construção do Protocolo de Cuidados a Clientes submetidos à PAAF de mama e tireoide foi pautada na troca de saberes entre os profissionais, entre os profissionais e os clientes, valorizadas pelo diálogo e o respeito ético pelo conhecimento de cada um, em suas especificidades, a individualidade.

As modernizações dos recursos tecnológicos disponíveis na rede pública de saúde agregada à complexidade das intervenções de saúde exigem a determinação de estratégias de atenção à saúde em todos os níveis, instituídas em consonância com as diretrizes da política pública, almejando, assim, a redução das desigualdades de acesso e acolhimento nos serviços públicos.

Em se tratando, especificamente, do Serviço de Radiologia, entendemos ser esse um espaço em que o enfermeiro necessita ampliar e concretizar sua atuação e a educação em saúde, concebida com o intuito de mobilizar o cliente para a promoção e compreensão do processo em que se encontra integrado, pode ser um caminho sólido e que deve ser valorizado pelos profissionais enfermeiros enquanto fonte de cuidado. Considerando que no Serviço de Radiologia o desenvolvimento de sala de espera enquanto atividade de grupo não existia, o resultado desse estudo aponta a necessidade de implantar essa atividade realizada pelo enfermeiro, inclusive como fonte de subsídios para a Instituição, uma vez que ela é remunerada pelo SUS.

A construção do Protocolo de Cuidados ocorreu de forma



interdisciplinar, envolvendo os profissionais da equipe de saúde do Serviço de Radiologia e do Serviço de Anatomia Patológica. Essa articulação comprova que há a intencionalidade e a possibilidade de exercer a interdisciplinaridade em torno de um núcleo de interesse comum.

A participação do grupo permitiu o compartilhamento de idéias, de sugestões, de construir, em grupo, novas possibilidades de organização do trabalho, garantindo maior visibilidade, segurança ao cliente e qualidade assistencial, culminando na elaboração do Protocolo de Cuidados. Essa produção permite a responsabilização dos sujeitos e clientes diante do processo, possibilitando a utilização adequada de materiais, equipamentos e recursos humanos, demonstrando ser uma ferramenta que embasa cientificamente a tomada de decisão.

A construção do Protocolo pôde contribuir para o Serviço e para a enfermagem, no sentido de fortalecer o espaço do enfermeiro nesse setor, em especial pela realização da educação em saúde em salas de espera. Estas se mostraram viáveis no Serviço, pois, apesar do pouco tempo dispendido para essa atividade, observou-se resultados indicativos de redução da ansiedade, obtenção de conhecimentos acerca do exame, estabelecimento de rede de apoio entre os integrantes do grupo, todas essas manifestados pelos clientes e visíveis aos olhos dos profissionais da equipe de saúde, que relataram encontrar clientes bem mais tranqüilos favorecendo enormemente a execução do exame.

A enfermagem, no âmbito das profundas transformações que vem sofrendo ao longo do tempo, necessita encontrar novos modos de fazer o cuidado que sejam capazes de reinventar o cotidiano do cuidado ao cliente que procura o Serviço de Radiologia para a realização de PAAF de mama e tireóide. O estudo constitui-se em um desafio e uma realização. Desafio pela possibilidade de estabelecer novos paradigmas para a efetivação do acolhimento e do cuidado; e uma realização porque esse estudo consolida a importância do papel do enfermeiro no processo de trabalho interdisciplinar e de acolhimento. Portanto, o Mestrado Profissional, com sua perspectiva de atuação e transformação da prática, trouxe a possibilidade de envolvimento com minha prática a fim de transformá-la. Nesse sentido, houve a possibilidade de estabelecer novos paradigmas para realizar o acolhimento e o cuidado aos clientes que procuram o Serviço de Radiologia para realização da PAAF.



## REFERÊNCIAS

ALENCAR, R. C. V. **A vivência da ação educativa do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF)**. 2006. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 9, n. 16, p. 39-52, set.2004/fev.2005.

ARAÚJO, I. M. A.; FERNANDES, A. F. C. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Vol. 12, n. 4, p. 664-71, dez. 2008.

ASHING-GIWA, K. T.; LIM, J. W. Examining the impact of socioeconomic status and socioecologic stress on physical and mental health quality of life among breast cancer survivors. **Oncol. Nurs. Forum.** Vol. 36, n. 1, 79-88, Jan. 2009.

BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 14, n. 1, p. 132-5. Jan./Fev. 2006.

BALOCH, Z. W.; et al. The national cancer institute thyroid fine needle aspiration state of the science conference: a summation. **CytoJournal.** v. 5, n. 1, [p. 6], 2008.. Disponível em: [www.cytojournal.com/article.asp?...2008](http://www.cytojournal.com/article.asp?...2008). Acesso em: 20 Ago 2011.

BARRA, A. A.; et al. A mamografia e a ultrassonografia no diagnóstico de lesões mamárias palpáveis suspeitas de malignidade. **Rev. Méd. Minas Gerais.** v. 14, n. 3, p.166-70, Jul./Set. 2004.

BIRDWELL, R. L.; et al. **Mama**: os 100 principais diagnósticos. Trad. RODRIGUES, A. J. Rio de Janeiro: Revinter, ©2006. (Série radiologia clínica).

BODENHEIMER, T.; WAGNER, E. H.; GRUMBACH, K. Improving primary care for patients with chronic illness. **JAMA**. v. 288, n. 14, p. 1775-9, Oct. 2002.

BOSIO, R. S. **Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade**: uma análise da prática de atividades multi e interdisciplinares na visão dos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Petrópolis - RJ. 2009. 105f. Dissertação (Mestrado) – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa da Fundação Getulio Vargas, Rio de Janeiro, 2009.

BRANCO, I. M. B. H. P. Prevenção do câncer e educação em saúde: opiniões e perspectivas da enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**. Vol. 14, n. 2, p. 246-9, Abr.-Jun. 2005.

BRASIL. CONASS (Conselho Nacional de Secretarias de Saúde). **Política Nacional de Atenção Oncológica**: Nota Técnica 26ª. NT revisada após CT de Atenção á Saúde em 26/10/2005. Brasília: CONASS, 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_oncologica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf). Acesso em: 14 Jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Estabelece critérios sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 1996a. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/Resolucoes/1996/Reso196.doc>. Acesso em: 14 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. **A construção do SUS**: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: MS, 2006b. – (Série I. História da

Saúde no Brasil). Disponível em:  
[portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao\\_do\\_SUS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf). Acesso em: 23 Ago 2010.

\_\_\_\_\_. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5ª. Reimp. Brasília: MS, 2010. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf). Acesso em: 30 Out. 2010.

\_\_\_\_\_. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed., 2. Reimp. Brasília: MS, 2008a. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: MS, 2011. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: O humanizaSUS na atenção básica**. Brasília: MS, 2009a.- (Série B Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Portaria nº 399/GM/2006, de 22 de Fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **D.O.F.C.**, Brasília, Seção 1, p. 43, Col. 2, de 23 de Fevereiro de 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 22 Ago. 2010.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.048, de 03 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **D.O.F.C.**, Brasília, Seção 1, p. 61, Col. 2, de 04 de Setembro de 2009c. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048\\_03\\_09\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html). Acesso em: 22 Ago. 2010.

\_\_\_\_\_. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.** Brasília: MS, 2010<sup>a</sup>. (Volume I, Série A - Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Resolução-RDC N° 42, de 25 de outubro de 2010a. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. Brasília, **DOFC**, Seção 1, col. 2, p. 27, de 26 Out. 2010. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042\\_25\\_10\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042_25_10_2010.html). Acesso em: 23 de Ago. 2011.

\_\_\_\_\_. **Segurança do cliente em serviços de saúde:** limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília: Anvisa, 2010b, 116 p. Disponível em:

[http://www2.rio.rj.gov.br/vigilanciasanitaria/manuais/manual\\_seguranca\\_cliente\\_anvisa\\_2010.pdf](http://www2.rio.rj.gov.br/vigilanciasanitaria/manuais/manual_seguranca_cliente_anvisa_2010.pdf). Acesso em: 23 de Ago. 2011.

\_\_\_\_\_. **SUS 20 anos.** Brasília: CONASS, 2009b. Disponível em: [www.conass.org.br/arquivos/file/sus20anosfinal.pdf](http://www.conass.org.br/arquivos/file/sus20anosfinal.pdf). Acesso em: 26 Out. 2010.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Curso básico de controle de infecção hospitalar:** Caderno C - Métodos de proteção anti-infecciosa. Brasília: ANVISA, 2000. Disponível em:

[www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/CIHCadernoC.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/CIHCadernoC.pdf). Acesso em: 18 Ago. 2011.

\_\_\_\_\_. **Formulário Nacional.** Brasília: ANVISA, 2005. 174 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em: [www.anvisa.gov.br/institucional/editora/formulario\\_nacional.pdf](http://www.anvisa.gov.br/institucional/editora/formulario_nacional.pdf). Acesso em: 16 Set. 2011.

\_\_\_\_\_. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: MS, 2009e.– (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

\_\_\_\_\_. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: MS, 2004. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: MS, 2009. – (Série B Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0259.pdf](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0259.pdf). Acesso em: 26 Ago. 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção a Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: MS, 2001. - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 22 Ago. 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: MS, 2006d. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06\\_0257\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0257_M.pdf). Acesso em: 30 Out. 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Formação pedagógica em educação profissional na área da saúde: enfermagem**. Brasília: MS, 2003.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: MS, 2006c. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>. Acesso em: 07 Out. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. **Riscos Biológicos - Guia Técnico: Os riscos biológicos no âmbito da Norma Regulamentadora Nº. 32.** Brasília: MTE, 2008. Disponível em: [www.mte.gov.br/seg\\_sau/guia\\_tecnico\\_cs3.pdf](http://www.mte.gov.br/seg_sau/guia_tecnico_cs3.pdf). Acesso em: 23 Ago. 2011.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, 1988. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/constituicao\\_196\\_200.html](http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/constituicao_196_200.html). Acesso em: 10 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.741/2003, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **DOU**, 000001, 1, de 03 de Out. 2003. Disponível em: [www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10741.htm](http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10741.htm). Acesso em: 20 Set. 2011.

BRITO, A. S.; et al. Estimativa da incidência do câncer de tireoide no Brasil: uma abordagem por meio de modelos polinomiais **Cad. Saúde Pública**. v. 27, n. 7. P. 1441-44, Jul. 2011.

BRUENING, W.; et al. Systematic Review: comparative effectiveness of core-needle and open surgical biopsy to diagnose breast lesions. **Ann. Intern. Med.** v. 152, n. 4. p. 238-46, 16 Feb. 2010.

BUDÓ, M. L. D.; et al. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**. Vol. 41, n. 1. p. 36-43, 2007. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/300.pdf>. Acesso em: 26 Ago. 2010.

BUHLER, R. B.; et al. Punção aspirativa por agulha fina em lesões de glândula parótida. **Arq. Int. Otorrinolaringol.** v. 11, n. 3, p. 294-9, Jul./Set. 2007. Disponível em: [www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo\\_port.asp?id=442](http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo_port.asp?id=442). Acesso



em: 18 Ago. 2011.

CABRAL, I. E.; GROLEAU, D. A prática da amamentação após o método mãe canguru no Rio de Janeiro: a necessidade de educação em saúde e interação de enfermagem no domicílio. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v. 13, n. 4, 763-71, Out./Dez. 2009.

CAMARGO, R. Y. A.; et al. Avaliação preoperatória de nódulos tireóides: papel da ultrassonografia e da biópsia de aspiração por agulha fina, seguida de citologia. **Clinics [online]**. Vol. 62, n. 4, p. 411-8, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/clin/v62n4/a07v62n4.pdf>. Acesso em: 26 Ago. 2010.

CAMPILLO-ARTERO, C. Algunas vertientes prácticas de las guías de práctica clínica. **Gac. Sanit. [online]**. v. 19, n. 5, p. 398-400, Set./Oct. 2005. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v19n5/opinion.pdf>. Acesso em: 23 Ago. 2011.

CAPELLA, B. B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho da enfermagem**. 1996. 221f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

CARVALHO, C. A. P.; et al. Acolhimento aos clientes: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arq. Ciênc. Saúde**. v. 15, n. 2, p. 93-5, Abr./Jun. 2008. Disponível em: [http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-15-2/iD%20253.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-2/iD%20253.pdf). Acesso em: 10 Out. 2010.

CARVALHO, C. S. U. A necessária atenção à família do cliente oncológico. **Rev. Bras. Cancerol.** v. 54, n. 1, p. 87-96, 2008.

CARVALHO, P. M. G. **Práticas educativas em saúde: ações dos enfermeiros na Estratégia da Saúde da Família**. 2009. 85f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2009.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. v. 13, n. 1, p. 105-11, Jan./Fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a17.pdf>. Acesso em: 20 Ago. 2011.

CHOI, Y. J.; PARK, Y. L.; KOH, J. H. Prevalence of thyroid cancer at a medical screening center: pathological features of screen-detected thyroid carcinomas. **Yonsei Med.** v. 49, n. 5, p. 748-56, Oct. 2008.

COELHO, M. O.; JORGE, B. S. B.; ARAUJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Rev. Baiana Saúde Pública.** v. 33, n. 3, p. 440-52, Jul./Set. 2009.

COELI, C. M.; et al. Incidência e mortalidade por câncer de tireoide no Brasil. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** v. 49, n. 4, p. 503-9, Ago. 2005. COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). **Código de ética do profissional de enfermagem**. Rio de Janeiro: COFEN, 08 de Fev. 2007, [13 telas]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4158>. Acesso em: 26 Ago. 2011.

COMBINATO, D. S.; et al. “Grupos de Conversa”: saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. **Psicol. Soc.** v. 22, n. 3, p. 558-68, Sept./Dec. 2010.

COREN/MG (Conselho Regional de Enfermagem de Minas gerais). Câmara Técnica da Atenção Básica, COREn/MG: protocolos gerenciais da atenção básica. Belo Horizonte (MG): COREN/MG, [2009]. 59 slides. Disponível em:

[http://www.corenmg.gov.br/sistemas/app/web200812/docs/anexos/contudo\\_dinamico/Apresentacao\\_Protocolos\\_Assistenciais\\_Rosana\\_Paes.pdf](http://www.corenmg.gov.br/sistemas/app/web200812/docs/anexos/contudo_dinamico/Apresentacao_Protocolos_Assistenciais_Rosana_Paes.pdf). Acesso em: 20 Ago. 2011.

DAVID, H. M. S. L.; ACIOLI, S. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. **Rev. Bras. Enferm.** v. 63, n. 1, p. 127-31, Jan./Fev. 2010.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, J. F. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p.99-120.

DONADUZZI, J. C. **Ações educativas de enfermeiras em Estratégias de Saúde da Família**. 2009. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

DOW MENESES, K.; YARBRO, C. H. Cultural perspectives of international breast health and breast cancer education. **J. Nurs. Scholarsh.** v. 39, n. 2, p. 105-12, Jun. 2007. Disponível em: [onlinelibrary.wiley.com/doi/10.../j...2007.../pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.../j...2007.../pdf). Acesso em: 05 Out. 2011.

ESMERALDO, G. R. O. V.; et al. Análise do acolhimento na Estratégia de Saúde da Família sob a perspectiva do cliente. **Rev. APS.** v. 12, n. 2, p. 119-30, Abr./Jun. 2009. Disponível em: [www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/117](http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/117). Acesso em: 23 Set. 2011.

ESPINOZA, L. M. M. **A práxis educativa de enfermagem no cuidado hospitalar: discursos de enfermeiras**. 2007. 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

FABRO, M. R. C.; MONTRONE, A. V. G.; SANTOS, S. Percepções, conhecimentos e vivências de mulheres com câncer de mama. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 16, n. 4, p. 532-7, Out./Dez. 2008.

FALK, M. L. R.; et al. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do cliente e do trabalhador de saúde. **Rev. APS**. Vol. 13, n. 1, p. 4-9, Jan./Fev. 2010.

FERNANDES, S. M. B. A.; MEDEIROS, S. M.; RIBEIRO, L. M. Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 10, n. 2, p. 414-27, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a13.htm>. Acesso em: 26 Ago. 2010.

FERRAZ, A. R.; et al. Diagnóstico e tratamento do câncer da tireoide. Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. **Projeto Diretrizes**. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. São Paulo, 2001. Disponível em: [http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/022.pdf](http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/022.pdf). Acesso em: 23 Out. 2010.

FRANCO, T. B. **O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento**: o caso de Luz - MG. Belo Horizonte (MG): UFF, 2000, 30 p. Disponível em: [http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/fluxograma\\_descritor\\_e\\_projetos\\_therapeuticos\\_caso\\_de\\_luz\\_tulio\\_franco.pdf](http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/fluxograma_descritor_e_projetos_therapeuticos_caso_de_luz_tulio_franco.pdf). Acesso em: 23 Ago. 2011.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde**: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas - SP), Campinas (SP): UFF, 1999. 23p. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/ferramentas-analisadoras-fluxograma-rede-peticao.pdf>. Acesso em: 23 Ago. 2011.

FRANKEL, P. P.; et al. Acurácia da punção aspirativa por agulha fina e da punção por agulha grossa no diagnóstico de lesões mamárias. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]**. v. 33, n. 3, p. 139-43, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n3/a07v33n3.pdf>. Acesso em: 23 Out. 2010.

GIANINI, M. M. S. **Câncer e gênero: enfrentamento da doença**. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0369.pdf>. Acesso em: 05 Set. 2009.

GOODHART, J.; PAGE, J. Radiology Nursing. **Orthop. Nurs.** v. 26, n. 1, p. 36-9, Jan./Feb. 2007.

GUERRERO, G. P.; BECCARIA, L. M.; TREVIZAN, M. A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. v. 16, n. 6, p. 966-72, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/05.pdf>. Acesso em: 23 Ago. 2011.

GUERRERO, G. P.; et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do cliente. **Rev. Bras. Enferm.** v. 64, n. 1, p. 53-9, Jan.-Fev. 2011.

HELMANN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HIGA, R.; et al. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 42, n. 2. p. 377-82, Jun. 2008.

HONÓRIO, M. O. **Educação para o autocuidado: uma alternativa de enfermagem ao adulto e idoso com incontinência urinária**. 2006. 95f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

HONÓRIO, R. P. P.; CAETANO, J. A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao cliente hematológico: relato de experiência. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 11, n. 1, p.188-93, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a24.htm>. Acesso em: 23 out.2010.

IARC - International Agency for Research on Cancer. **Globocan 2008, IARC, 2010 GLOBOCAN: country Fast Stat**. France. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900>>. Acesso em: 02 dez. 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios 2008: um panorama da saúde no Brasil**. 2008. Disponível em: [www.ibge.gov.br/home/presidencia/.../noticia\\_visualiza.php?id...](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/.../noticia_visualiza.php?id...)Acesso em 02 dez.2011.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006. Capítulo 1. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap1.pdf>. Acesso em: 23 Ago 2011.

\_\_\_\_\_. **Mamografia: da prática ao controle**. Recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABbGIAH/livro-mamografia-pratica-ao-controle.pdf>. Acesso em: 13 Jun 2011.

\_\_\_\_\_. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes\\_enfermagem\\_controle\\_cancer.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf). Acesso em: 22 Ago. 2010.

\_\_\_\_\_. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Módulo laboratório e serviço de mamografia: orienta passo a passo. In:

\_\_\_\_\_. **Sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA)**: manual gerencial. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

Disponível em:

[http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/d19dd6804d9c1751bed5bfca6e73abae/Manual\\_Gerencial+SISMAMA.pdf?MOD=AJPERES](http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/d19dd6804d9c1751bed5bfca6e73abae/Manual_Gerencial+SISMAMA.pdf?MOD=AJPERES).

Acesso em: 28 Jun. 2011.

\_\_\_\_\_. **Estimativa 2010**: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em:  
[http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo\\_view.asp&ID=2](http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=2). Acesso em: 23 Ago 2011.

\_\_\_\_\_. **SISMAMA**: Informação para o avanço das ações de controle do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em: [www.inca.gov.br/inca/Arquivos/Sismama.pdf](http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/Sismama.pdf). Acesso em: 30 Out. 2010.

\_\_\_\_\_. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011. 128 p.

INUMARU, L. E.; SILVEIRA, E. A.; NAVES, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**. Vol. 27, n. 7, p. 1259-70, Jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n7/02.pdf>. Acesso em: 23 Ago. 2011.

ISO (International Organization for Standardization). **ISO 594-2**: Conical fittings with 6 % (Luer) taper for syringes, needles and certain other medical equipment - Part 2: Lock fittings. Second edition. Nova York (USA), 01 de Set. 1998. Disponível em: [www.bme.ncsu.edu/.../Standards/ISO-594-2.pdf](http://www.bme.ncsu.edu/.../Standards/ISO-594-2.pdf). Acesso em: 22 Set. 2011.

KARIMZADEH, M.; SAUER, T. Diagnostic accuracy of fine-needle aspiration cytology in histological grade 1 breast carcinomas: are we good enough? **Cytopathology**. Vol. 19, n. 5, p. 279-86, Oct. 2008. Acesso em: 24 Jun. 2011.

KEMP, C.; LIMA, G. R. Punção por Agulha Fina. In: PIATO, S. **Mastologia**. São Paulo: Roca, 1995. Cap 7. p. 59-62.

KIM, M. J.; et al. US-guided fine-needle aspiration of thyroid nodules: indications, techniques, results. **Radiographics**. Vol. 28, n. 7, p. 1869-86, Nov.-Dec. 2008. Disponível em: <http://radiographics.rsna.org/content/28/7/1869.full.pdf+html>. Acesso em: 23 Ago. 2011.

KLOCK, P.; et al. Reflexões sobre a política nacional de humanização e suas interfaces no trabalho da enfermagem em instituição hospitalar. **Ciênc. Cuid. Saúde**. v. 5, n. 3, p. 398-406, Set./Dez. 2006.

LÉLIS, A. L. P. A.; MACHADO, M. F. A. S.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Educação em saúde e a prática de enfermagem ao recém-nascido prematuro. **Rev. Rene**. v. 10, n. 4, p. 60-9, Out./Dez. 2009.

LA VECCHI, C. Association between mediterranean dietary patterns and cancer risk. *Nutr. Rev.* v. 67, Suppl. 1, S126-S129, May. 2009.

LEITE, F.M.C. et al. A estratégia de saúde da família e o rastreamento do câncer de mama. **Rev. Espaço para a Saúde**, v. 12, n. 2, p. 1-9, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude>>. Acesso em: 02 dez. 2011.

LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Construindo o diálogo entre saberes para ressignificar a ação educativa em saúde. **Acta Paul. Enferm.** v. 22, n. Especial 70 anos, p. 916-20, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/14.pdf>. Acesso em: 23 Ago. 2011.



LIAO, M. N.; et al. Effect of supportive care on the anxiety of women with suspected breast cancer. **J. Adv. Nurs.** v. 66, n. 1, p. 49-9, Jan. 2010.

LIVAUDAIS, J. C.; et al. Educating hispanic women about breast cancer prevention: evaluation of a home-based promotora-led intervention. **J. Womens Health (Larchmt).** v. 19, n. 11, p. 2049-56, Nov. 2010.

LOPES, E. M.; ANJOS, S. J. S. B.; PINHEIRO, A. K. B. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Rev. Enferm. UERJ.** v. 17, n. 2, p. 273-7, Abr./Jun. 2009.

MACUCO, M. V. Jejum pré-operatório: validade de critérios. **Rev. Bras. Anesthesiol.** v. 48, n. 4, p. 295-308, Jul.-Ago. 1998.

MAIA, A. L. et. al. Nódulos de tireoide e câncer diferenciado de tireoide: consenso brasileiro. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** v. 51, n. 5, p. 867-93, 2007.

MAIA, T. F.; SILVA, L. F. O pé diabético de clientes e seu auto cuidado: a enfermagem na educação em saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enf.** v. 9, n. 1, p. 95-102, Abr. 2005.

MALTA, D. C.; et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de belo horizonte. Campinas (SP): UFF, 1997, 22p. Disponível em:  
<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-13.pdf>. Acesso em: 23 Ago. 2011.

MALUF, M. F. M; MORI, L. J.; BARROS, A. C. S. D. O impacto psicológico do câncer de mama. **Rev. Bras. Cancerol.** v. 51, n. 2, p. 140-54, 2005.

MARCELINO, S. R. **O potencial de educação em saúde na alta hospitalar para a autonomia em cuidados paliativos**: um olhar da enfermeira. 2009. 159f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto & Contexto Enferm.** v. 18, n. 2, p. 338-46, Abr./Jun. 2009.

MICHAELIS: Moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2009.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, H. O. Na dor do corpo, o grito da vida. In: COSTA, N. R.; ABRASCO. (Org.). **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. p. 75-102.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MOON, W. J.; et al. Ultrasonography and the ultrasound-based management of thyroid nodules: consensus statement and recommendations. **Korean J. Radiol.** v. 12, n. 1, p. 1-14, Jan.-Feb. 2011.

NASCIMENTO, T. G.; SILVA, S. R.; MACHADO, A. R. M. Auto-exame de mama: significado para clientes em tratamento quimioterápico. **Rev. Bras. Enferm.** v. 62, n. 4, p. 557-561, jul.-ago. 2009.

NEMETZ, M. A.; NEMETZ, A. B.; SANTOS, M. B. Carcinoma papilífero de glândula tireoide: uma análise retrospectiva de 52 casos. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço.** v. 40, n. 1, p. 1-4, Jan./Fev./Mar.

2011.

NETTER, F. H. **Atlas de anatomia humana**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

NGA, M. E.; et al. Experience with standardized thyroid fine-needle aspiration reporting categories: follow-up data from 529 cases with "indeterminate" or "atypical" reports. **Cancer Cytopathol.** v. 118, n. 6, p. 423-33, Dec. 2010.

NISCHIMURA, L. Y.; POTENZA, M. M.; CESARETTI, I. U. R. **Enfermagem nas unidades de diagnóstico por imagem: aspectos fundamentais**. São Paulo: Atheneu, 1999. 174p.

OERTEL, Y. C. Fine-needle aspiration of the thyroid: technique and terminology. *Endocrinol. Metab. Clin. North. Am.* v. 36, n. 3, p. 737-51, Sep. 2007.

OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Rev. Bras. Enferm.** v. 57, n. 6, p. 761-3, Nov./Dez. 2004.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto & Contexto Enferm.** Vol. 17, n. 1, p. 115-23, Jan.-Mar. 2008.

OLIVEIRA, P. R. G. **Carcinoma papilífero da tireoide: estudo comparativo entre os casos usuais e aqueles associados à tireoidite autoimune**. São Paulo, 2009, 137p. Tese (Doutorado em Oncologia)-Curso de Pós-Graduação em Ciências, Fundação Antônio Prudente.

OPAS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização

Mundial da Saúde). Tradução para o Espanhol e Português das Diretrizes Internacionais para Saúde da Mama e Controle do Câncer – Execução da diretriz para a saúde da mama em países de baixa e média renda: sinopse da Cúpula de 2007 sobre a iniciativa global para a saúde da mama. **Câncer**. Vol. 113, n. 8 - Suplemento, [23p], 15 de outubro de 2008. Disponível em:  
[www.femama.org.br/ingles/arquivos/0.437461001286464199.pdf](http://www.femama.org.br/ingles/arquivos/0.437461001286464199.pdf).  
Acesso em: 26 Ago. 2011.

PARADA, R.; et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. **Rev. APS**. v. 11, n. 2, p.199-206, abr./jun. 2008.

PAULINELLI, R. R.; MOREIRA, M. A. R.; FREITAS JÚNIOR, R. Ultrassonografia no diagnóstico do câncer de mama: realidade atual e possibilidades para o futuro. **Rev. Bras. Mastologia**. v. 13, n. 4, p. 168-74, Out./Dez. 2003.

PEDROSO, R. A.; CELICH, K. L. S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**. v. 15, n. 2, p. 271-84, Abr./Jun. 2006.

PERRENOUD, P. **10 novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PIRES, D. E. P. Organização do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livro, 1999. p. 25-48.

PROGIANTI, J. M.; COSTA, R. F. A negociação do cuidado de enfermagem obstétrica através das práticas educativas na casa de parto. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**. v. 12, n. 4, p. 789-92, Dez. 2008.

QUERCI DELLA ROVERE, G.; et al. A prospective randomised study

to evaluate the effectiveness of standard 23 gauge fine needle, compared with a thinner 27 gauge needle for breast cytology. **Breast**. v. 15, n. 4, p. 567-9, Aug. 2006.

RAMOS, F. R. S.; et al. Trabalho, educação e política em seus nexos na produção bibliográfica sobre o cuidado. **Texto & Contexto Enferm**. v. 18, n. 2, p. 361-8, Abr./Jun. 2009.

RAMSAY-JOHNSON, E. M. An approach to reducing disparities in breast cancer in the United States Virgin Islands. **ABNF J**. v. 17, n. 1, p. 44-7, Jan./Fev. 2006.

REIBNITZ, K. S. **Profissional crítico-criativo em enfermagem: a construção do espaço intercessor na relação pedagógica**. 2004. 132f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

RENZI, P. M.; GINNS, L. C. Natural killer activity is present in rat lung lavage and inhibited by lidocaine. *Immunopharmacol Immunotoxicol*. v. 12, n. 3, p. 389-415, 1990.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço de educação em saúde. **Ciênc. Saúde Colet**. v. 12, n. 2, p. 477-86, Mar./Abr. 2007.

RODRIGUEZ, E. M.; et al. A qualitative exploration of the community partner experience in a faith-based breast cancer educational intervention. **Health Educ. Res**. v. 24, n. 5, p. 760-71, 2009.

ROSÁRIO, P. W.; PURISCH, S. Ultrasonographic characteristics as a criterion for repeat cytology in benign thyroid nodules. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab**. v. 54, n. 1, p. 52-5, Feb. 2010.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. Itinerário percorrido pelas mulheres na descoberta com câncer. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** [online]. Vol 13, n. 3, p. 558-66, Jul./Set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eann/v13n3/v13n3a15.pdf>. Acesso em: 20 Ago. 2011.

SALES, O. P.; et al.. Atuação de enfermeiros em um Centro de Diagnóstico por Imagem. **J. Health Sci. Inst.** Vol. 8, n. 4, p. 325-8, 2010. Disponível em [www.unip.br/comunicacao/.../ics/.../V28\\_n4\\_2010\\_p325-328.pdf](http://www.unip.br/comunicacao/.../ics/.../V28_n4_2010_p325-328.pdf). Acesso em: 23 Ago. 2011.

SALUM, N. C. **A educação permanente e suas contribuições na constituição do profissional e nas transformações do cuidado de enfermagem.** 2007. 319 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2007.

SANDGREN, A. K.; McCAUL, K. D. Long-term telephone therapy outcomes for breast cancer patients. **Psychooncology.** v. 16, n., p. 38-47, Jan. 2007.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº47/SC/2008, de 13/03/2008. Dispõem as deliberações do Secretário de Estado de Santa Catarina determinando a lista de procedimentos, com numeração de controle distribuída pela SES.DOE, Florianópolis, 2008.

SANTOS, R. V; PENNA, C. M. M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto & Contexto Enferm.** [online]. v. 18, n. 4, p. 652-60, Out./Dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/06.pdf>. Acesso em: 20 Ago. 2011.

SBPC/ML (Sociedade Brasileira de Patologia Clínica – Medicina Legal), Comitê de Coleta de Sangue; BD DIAGNOSTICS -

PREANALYTICAL SYSTEMS. Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica – Medicina Legal: coleta de sangue venoso. São Paulo: SBPC/ML; BD, 2005, 76 p. Disponível em: <http://www.rdqquality.com/dow/Coleta.pdf>. Acesso em: 29 Ago. 2011.

SCHNEIDER, J..F.; et al. Concepções de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 30, n. 3, p. 397-405, Set. 2009.

SILVA, C. P.; DIAS, M. S. A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros das estratégias saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 14, n. 5, p. 1453-62, 2009. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012430015.pdf>. Acesso em: 23 Ago. 2011.

SILVA, C. R. A. **Acolhimento**: uma construção transversal, ética, estética e política da saúde. 2009. 85f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, 2009.

SILVA, K. L.; et al. Educação em- enfermagem e os desafios para a formação da saúde. **Rev. Bras. Enferm.** v. 62, n. 1, p. 86-91, Jan./Fev. 2009.

SILVA, S.E.D.; et al.Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o auto cuidado. **Rev. Bras. Enferm.** v. 63, n. 5, p.727-34, set. /oct. 2010.

SILVA, S. E. D.; et al. A educação em saúde como uma estratégia para a enfermagem na prevenção do alcoolismo. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v.11, n. 4, p. 699-705, dez. 2007.

SILVA, V. C. E. **O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do cliente.** 2005. 218f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

SOUSA, L. B.; et al. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 18, n. 1, p. 55-60, Jan./Mar. 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a10.pdf>.

SOUZA, D. A. T.; et al. Punção aspirativa por agulha fina guiada por ultrassonografia de nódulos tireoidianos: estudo de 63 casos. **Radiol. Bras.** v. 37, n. 5, p. 333-5, Set./Out. 2004.

SOUZA, M. L. et al. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto & Contexto Enferm. [online]**. v. 14, n. 2, p. 266-70, Abr./Jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a15v14n2.pdf>. Acesso em: 20 Ago. 2011.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Ed. UFSC, 1999.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa convergente assistencial**: um desenho que une o que fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRIPPIA, M. Princípios da radiologia intervencionista. In: IHOC (Instituto de Hematologia e Oncologia Curitiba). Curitiba: IHOC, 2009. 24 slides, color. Disponível em: [www.ihoc.com.br/1024x768/pdf/1.pdf](http://www.ihoc.com.br/1024x768/pdf/1.pdf). 23 Ago. 2011.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev. Bras. Enferm. [online]**. v. 64, n. 1, p. 106-13, Jan.-Fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a16.pdf>. Acesso em: 20 Ago. 2011.

VIEIRA, C. P.; LOPES, M. H. B. M.; SHIMO, A. K. K. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Rev. Esc.**



**Enferm. USP.** v. 41, n. 2, p. 311-6, 2007.

VIEIRA, M.R.R. **A qualidade da assistência do enfermeiro em unidades pediátricas de um hospital de ensino:** implantação de um programa educativo. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina de São José do Rio preto, 2007

WALDOW, V. R. Atualização do cuidar. **Arquichan.** Ano 8, v. 8, n. 1, p. 85-96, 2008.

WARD, L. S.; GRAF, H. Câncer da tireoide: aumento na ocorrência da doença ou simplesmente na sua detecção? **Arq. Bras. Endocrinol. Metab. [online].** v. 52, n. 9, p. 1515-6, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n9/v52n9a18.pdf>. Acesso em: 23 Ago. 2011.

WILLIAMS, T. A.; LESLIE, G. D. A review of the nursing care of enteral feeding tubes in critically ill adults: part I. Intensive and critical care nursing, v.21,n.1, p. 5-15, 2005.

WHO (World Health Organization). World Alliance for Patient Safety: research for patient safety - better knowledge for safer care. Geneva: WHO, 2008. Disponível em [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_en.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_en.pdf). Acesso em: 23 Ago. 2011.

\_\_\_\_\_. Programs and Projects. cancer: who's PAIM ladder. Geneva: WHO, 2011. Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/PAIMladder/en/>. Acesso em: 23 Ago. 2011.

YEON, J. Y.; et al. Evaluation of dietary factors in relation to the biomarkers of oxidative stress and inflammation in breast cancer risk. *Nutrition.* v. 27, n. 9, p. 912-8, Sep. 2011.

ZYLBERSZTEJN, J.; HAGEMANN, L. L.; FRITZEN, R. **Protocolos clínicos e sua interface com ensino, pesquisa assistência e política de gestão**. 2006. 10f. Monografia (Especialização em Gestão Hospitalar - Módulo III ) - Curso de Especialização em Gestão Hospitalar, Grupo Hospitalar Conceição. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Porto Alegre, 2006. Disponível em: [www2.ghc.com.br/gepnet/docscursos/gestao/gestaojaco.pdf](http://www2.ghc.com.br/gepnet/docscursos/gestao/gestaojaco.pdf). Acesso em: 29 Ago. 2011.

WILLIAMS, Teresa A.; LESLIE, Gavin D. A review of the nursing care of enteral feeding tubes in critically ill adults: part I. **Intensive and critical care nursing**, v.21, n.1, p. 5-15, 2005.

## APÊNDICES



## **APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS CLIENTES**

Eu Ivone Rosini, RG número 335.627-2 enfermeira, Mestranda do Curso de Mestrado Profissional Gestão de Cuidado da Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Dra Nadia Chiodelli Salum, estou desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado: “Construção de protocolo da assistência a clientes submetidos à Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF)”, que será realizado no Serviço de Radiologia do Hospital Universitário Ernani Polydoro de São Thiago.

A PAAF é um tipo de biópsia, onde o médico responsável pelo exame irá retirar uma amostra do nódulo localizado na mama ou tireoide. Este exame é realizado com a ajuda de uma agulha de tamanho pequeno adaptada a uma seringa. Você está agendado para realizar este exame no HU conforme pedido do seu médico.

Nesse momento você esta sendo convidado a participar voluntariamente do estudo acima mencionado. Sua participação permitirá a você e aos demais clientes junto com o pesquisador, conversar, trocar informações sobre o exame além de dizer como você esta se sentindo para realizá-lo.

As informações serão usadas para desenvolver uma forma mais humanizada de atendimento a todos os clientes que precisarão fazer este mesmo exame. Os dados também serão usados para a construção do conhecimento para a dissertação do mestrado e da pesquisa e poderão ser divulgados em publicações científicas especializadas e eventos.

Seus dados ficarão guardados com o pesquisador e o seu nome não irá aparecer em momento algum. Para elaborar o resultado da pesquisa as informações serão trabalhadas em conjunto com as informações de todos os participantes. O Sr (a) poderá solicitar informações durante todas as etapas da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. Você e os demais participantes receberão um código para evitar a identificação.

A pesquisa não traz qualquer risco para a sua saúde e para a sua vida.

Caso você decida participar, o Sr (a) irá receber o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Uma ficará com você e a outra permanecerá com o pesquisador responsável. Sua participação é completamente livre. Sua decisão de não participar ou de se retirar em qualquer momento da pesquisa não terá qualquer implicação para você podendo comunicá-lo pessoalmente ou pelos telefones 3721 9128 ou

9624 2073. Seu exame será realizado independentemente da participação ou não da pesquisa.

Sua participação (se você concordar) será em dois momentos. No 1º momento sua participação será em uma reunião com os demais clientes que farão biópsia agendada para o mesmo dia e que aceitaram participar da pesquisa.

O 2º momento será individual com o pesquisador, em uma sala do setor de radiologia, quando serão feitas perguntas sobre sua história de vida e sobre o exame que o Sr (a) realizou. Este segundo encontro poderá ser realizado por telefone ou e-mail se você assim o preferir.

Os encontros (em grupo e individual) serão gravados se você autorizar, assim como, o pesquisador poderá fazer anotações durante e após o encontro.

Na qualidade de enfermeira e pesquisadora, comprometo-me em cumprir todas as normativas da resolução 196/96 e todas as resoluções complementares durante todo o desenvolvimento desta pesquisa.

Obrigada!

---

Enfª Ivone Rosini  
 Pesquisadora Principal  
 RG: 335.627-2  
 Fone: (048)37219128 ou 9624 2073  
 Endereço eletrônico:  
 ivonerosini@gmail.com

---

Dra. Nádia Chiodelli Salum  
 (orientadora)  
 RG: 880.197  
 Fone: (048) 3223.8599

## **TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS - ESCLARECIDO**

Eu.....  
 , fui esclarecido sobre a pesquisa: Construção de protocolo de atendimento a clientes submetidos à Punção Aspirativa por Agulha Fina, além disso li e entendi todas as informações fornecidas sobre minha participação na pesquisa.

Tive a oportunidade de discutir e fazer perguntas para sanar minhas dúvidas e eu voluntariamente concordo em participar do estudo e que os meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Nome: \_\_\_\_\_

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

RG: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

Florianópolis: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2010





## **APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PROFISSIONAIS**

Eu Ivone Rosini, Enfermeira, RG número 335 627, Mestranda estou desenvolvendo no curso de Pós Graduação (mestrado profissional) da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, o projeto de pesquisa intitulada: “Construção de protocolo da assistência a clientes submetidos à Punção Aspirativa por Agulha Fina”.

Você esta sendo convidado a participar como voluntário deste estudo

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar participar, você receberá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias para assinar. Uma ficará com você e a outra permanecerá com o pesquisador responsável. Sua participação é completamente livre. Sua decisão de não participar ou de se retirar em qualquer momento da pesquisa e não terá qualquer implicação. A desistência poderá ser efetuada pessoalmente, por telefone 3721 9128 ou 9624 2073 ou por meio do endereço eletrônico: [ivonerrosini@gmail.com](mailto:ivonerrosini@gmail.com).

### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

Título do Estudo: “Construção de protocolo da assistência a clientes submetidos à Punção Aspirativa por Agulha Fina”.

Pesquisador responsável: Ivone Rosini

Orientadora: Dra.Nadia Chiodelli Salum

Este estudo tem o objetivo de elaborar um protocolo de atendimento aos clientes submetidos à punção por agulha fina, baseados nos preceitos de humanização do SUS. As informações obtidas junto aos clientes e as contribuições dos profissionais envolvidos com a realização do procedimento permitirão a elaboração do protocolo de assistência destes clientes.

Ressaltamos que em qualquer momento haverá custos, riscos e desconfortos pela sua participação na pesquisa.

Ressaltamos que, dada à carência de estudos nessa área, a sua participação possibilitará uma a reflexão crítica da prática com vistas a acrescentar conhecimento teórico-prático ao cuidado do cliente que será submetido a biópsia por agulha fina. Assim sendo, sua presença é inestimável, para nos auxiliar a estabelecer um processo assistencial.

Estão previstos três encontros que acontecerão nos meses de

dezembro e janeiro de acordo com os dias e horários pré-estabelecidos com o grupo.

Informo que seus dados serão mantidos em sigilo absoluto de posse somente do pesquisador e será garantido o anonimato das informações. Embora você conheça a identidade dos outros participantes, um nome código será usado para manter o seu anonimato nas informações e no relatório de pesquisa.

As informações obtidas farão parte da dissertação de mestrado da enfermeira pesquisadora e poderão ser publicadas em revistas científicas e em eventos.

---

Ivone Rosini  
(pesquisadora principal)  
Fone: 3721 9128 – 9624 2073

### **TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Eu \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ matriculado na UFSC sob o número \_\_\_\_\_ abaixo assinado, concordo em participar do estudo de: Construção de protocolo da assistência a clientes submetidos à Punção Aspirativa por Agulha Fina”, como sujeito. Fui devidamente esclarecido sobre a pesquisa, seus riscos e benefícios com minha participação. Fui informado da possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa sem qualquer tipo de implicação.

Assinatura \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ profissional:

Florianópolis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2010

**APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Procedência: \_\_\_\_\_

Procedimento: ( ) PAAF Mama ( ) PAAF Tireoide

- 1 – O Senhor(a) poderia falar como foi a realização do exame?
- 2 – O Senhor (a) poderia me dizer se o encontro que tivemos antes do exame lhe ajudaram?
- 3 – Em caso positivo poderia me dizer por que ajudou?  
Em caso negativo, poderia me dizer o que em sua opinião faltou?  
O que poderíamos fazer para lhe ajudar mais e melhor?
- 4 - Voce ainda tem alguma dúvida ou sentimento em relação ao exame realizado, que queira me colocar?



**APÊNDICE D - MODELO DE DIÁRIO DE CAMPO**

Encontro n. Data:	Notas metodológicas (descrição de fatos, gestos, sentimentos e expressões dos clientes durante os encontros)	Notas teóricas



## APÊNDICE E - PAAF – PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA  
CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
SERVIÇO DE RADIOLOGIA



Nome do cliente: \_\_\_\_\_

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

PAAF de  MAMA                       Tireoide                      [    ]                      Outro:

\_\_\_\_\_

Não Realizada PAAF:

- Lesão não visualizada
- Condições clínicas inadequadas ao procedimento
- Dificuldade técnica
- Lesão de aspecto benigno
- Outro: \_\_\_\_\_

Realizada PAAF:

Guiada por ultrassonografia Punção Aspirativa por Agulha Fina de:

- lesão cística     nódulo bem definido     nódulo parcialmente definido
- área mal definida
- hipocogênico     isoecogênico     hiperecogênico
- homogêneo     heterogêneo
- com halo periférico hipocogênico
- Padrão de vascularização:     ausente     periférico     predominantemente periférico
- predominantemente central     central

Localização:

Direita     Esquerda

Tireoide:     Terço superior     Terço médio     Terço inferior

Mama: \_\_\_ horas, \_\_\_ cm da papila mamária.

O material foi aspirado e observado pelo(a) Patologista, considerado satisfatório, e enviado para análise citológica.

[ ] O procedimento ocorreu sem intercorrências.

[ \_\_\_\_\_ ]

Intercorrência:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Médico Radiologista

Serviço de Radiologia: (48)

3721-9128

---

Médico Patologista

Serviço de Anatomia Patológica: (48)

3721-9142



**ANEXOS**



## ANEXO A - NÍVEIS DE EVIDÊNCIA

NÍVEL	DESCRIÇÃO
Nível I	Evidências obtidas a partir de uma revisão sistemática de todos os ensaios clínicos randomizados relevantes
Nível II	Evidência obtida de pelo menos um ensaio clínico randomizado desenhado corretamente
Nível III.1	Evidências obtidas a partir bem concebido ensaios clínicos controlados, não randomizados
Nível III.2	Evidências obtidas a partir de estudos comparativos, tais como estudos de coorte, caso-controle de estudos preferência de mais de um centro ou grupo de pesquisa
Nível III.3	Evidências obtidas a partir de séries temporais múltiplas, com ou sem a intervenção dramática, resultados em experimentos não controlados
Nível IV	Evidências da opinião de autoridades respeitadas, baseadas na experiência clínica, descritivo estudos ou relatórios de comitês de especialistas