



**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE – UFF**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA PROGRAMA DE**  
**PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO CUIDADO EM SAÚDE**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE: FORMAÇÃO**  
**INTERDISCIPLINAR PARA O SUS**

FERNANDA BERNARDO DOS SANTOS

**CONSTRUÇÃO DE UM APLICATIVO DE CELULAR PARA O CUIDADO**  
**SISTEMATIZADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO ACAMADO NO AMBIENTE**  
**DOMICILIAR**

NITERÓI

2019



FERNANDA BERNARDO DOS SANTOS

**CONSTRUÇÃO DE UM APLICATIVO DE CELULAR PARA O CUIDADO  
SISTEMATIZADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO ACAMADO NO AMBIENTE  
DOMICILIAR**

Dissertação submetida ao corpo docente da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Universidade Federal Fluminense (UFF), como parte do requisito para obtenção do título de mestre.

**Linha de Pesquisa 2:** Educação Permanente no SUS.

NITERÓI

2019

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem  
da Universidade Federal Fluminense

S 237 Santos, Fernanda Bernardo dos.  
Construção de um aplicativo de celular para o cuidado  
sistemizado de enfermagem ao idoso acamado no  
ambiente domiciliar / Fernanda Bernardo dos Santos. –  
Niterói: [s.n.], 2019.  
89 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde)  
- Universidade Federal Fluminense, 2019.  
Orientador: Prof<sup>a</sup>. Geilsa Soraia Cavalcanti Valente.

1. Enfermagem Geriátrica. 2. Segurança do Paciente. 3.  
Atenção Primária à Saúde. 4. Processo de Enfermagem. I.  
Título.

CDD: 610.7365

Bibliotecária responsável: Renata Mara de Almeida CRB-7: 6328

FERNANDA BERNARDO DOS SANTOS

**CONSTRUÇÃO DE UM APLICATIVO DE CELULAR PARA O CUIDADO  
SISTEMATIZADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO ACAMADO NO AMBIENTE  
DOMICILIAR**

Dissertação submetida ao corpo docente da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Universidade Federal Fluminense (UFF), como parte do requisito para obtenção do título de mestre.

**Linha de Pesquisa 2:** Educação Permanente no SUS.

APROVADA EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Geilsa Soraia Cavalcanti Valente – EEAAC/UFF (Orientadora)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gisella de Carvalho Queluci – EEAAC/UFF (1<sup>a</sup> Examinadora)

---

Prof. Dr. Cláudio José de Souza – Faculdade Bezerra de Araújo (2<sup>o</sup> Examinador)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Clementina Vieira de Almeida – EEAAC/UFF (Suplente)

---

Prof. Dr. Renato Silva de Carvalho – Hospital Municipal Miguel Couto (Suplente)

NITERÓI

2019

## DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus, por ter me permitido chegar até aqui com muita força, garra, diante da minha vida turbulenta.

Agradeço aos meus pais Mauricio e Solange e ao meu irmão Luiz Cláudio, por toda força que sempre me dão diante dos meus projetos.

## **AGRADECIMENTOS**

Nada se constrói sozinho. Foi uma luta muito grande chegar ao fim sempre com Deus me sustentando. Obrigada, Deus!

Agradeço a minha orientadora professora Geilsa Soraia Cavalcanti Valente, pela parceria e por todo aprendizado.

Aos meus pais e irmão, por estarem sempre presentes em minha vida, por não me permitirem esmorecer diante das dificuldades e dos obstáculos enfrentados durante toda jornada. Amo vocês!

A minha família que amo muito, em especial, ao meu padrinho Augusto Cândido, que me fez acreditar e valorizar o que de melhor o estudo sempre pode nos proporcionar! Amo-te, meu padrinho querido!

Aos meus colegas de profissão, professores da UNISUAM, que me ajudaram com muito incentivo nos estudos!

A minha coordenadora da UNISUAM, professora Patrícia Ferraccioli, por ter acreditado no meu potencial.

Aos colegas de trabalho do Hospital Estadual Carlos Chagas, realizando os meus plantões para que eu pudesse assistir às aulas do mestrado.

Enfim, agradeço a todos que torceram por mim durante esta jornada.

## RESUMO

DOS SANTOS, Fernanda Bernardo. Guia de Cuidados para Idosos Acamados em Ambiente Domiciliar com Base na Sistematização da Assistência de Enfermagem. Orientadora: Professora Dr.<sup>a</sup> Geilsa Soraia Cavalcanti Valente. Defesa de Mestrado (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Escola de Enfermagem Aurora Afonso da Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

**Introdução:** O estudo surgiu a partir da vivência da autora como professora de campo em Unidade Básica de Saúde (UBS) que recebe estagiário. **Objeto:** A Sistematização da Assistência de Enfermagem como uma estratégia de cuidado do paciente acamado no ambiente domiciliar. **Objetivos:** Identificar os tipos de riscos relacionados à segurança que os pacientes acamados estão mais expostos em seu domicílio; Descrever as dificuldades que a equipe multidisciplinar de Atenção Básica encontra para proporcionar a segurança do paciente acamado de forma efetiva em seu domicílio; Elaborar com a equipe de Atenção Básica, através de oficinas de Educação Permanente, a Sistematização da Assistência de Enfermagem em relação à segurança do paciente domiciliar; Desenvolver um aplicativo para celular a fim de subsidiar os profissionais nas ações de enfermagem a pacientes em assistência domiciliar. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, exploratório do tipo pesquisa-convergente assistencial, desenvolvido em uma unidade da Clínica da Família na região metropolitana do Rio de Janeiro. Na coleta de dados, foi utilizada uma oficina de educação permanente. Esta pesquisa teve como referencial teórico os estudos de Wanda Aguiar Horta e Donald Schön. **Resultados:** Os dados foram analisados segundo o método de Pesquisa Convergente-Assistencial, emergindo três categorias: Indicadores de cuidados no ambiente domiciliar; Indicação dos riscos no ambiente domiciliar; Oficina de educação permanente. **Conclusão:** Conclui-se que os profissionais de saúde devem estar capacitados para desenvolverem ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, seja no âmbito individual e coletivo. O produto desenvolvido será um aplicativo de celular que visa subsidiar a Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente idoso acamado no domicílio.

**Descritores:** Segurança do Paciente; Atenção Básica à Saúde; Processos de Enfermagem.

## ABSTRACT

DOS SANTOS, Fernanda Bernardo. Care Guide for Bedridden Elderly in the Home Environment Based on Nursing Care Systematization. Advisor: Professor Dr<sup>a</sup>. A hard tackle from Geilsa Soraia to Cavalcanti Valente. Master's Defense (Professional Master's Degree in Health Education) - Aurora Afonso da Costa Nursing School, Fluminense Federal University, Niterói, 2019.

**Introduction:** The study arose from the experience of the author as a field teacher in Basic Health Unit (UBS) that receives trainee. **Purpose:** Nursing Care Systematization as a bedridden patient care strategy in the home environment. **Objectives:** To identify the types of safety-related risks that bedridden patients are most exposed to at home; Describe the difficulties that the multidisciplinary team of Basic Attention finds to provide the safety of the patient bedridden in an effective way in their domicile; To elaborate with the Primary Care team through Permanent Education workshops the Systematization of Nursing Assistance regarding the safety of the domiciliary patient; To develop, a mobile application, with the purpose of subsidizing professionals in nursing actions to patients in home care. **Methodology:** This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach, exploratory research-convergent care type, developed in a unit of the Family Clinic, in the metropolitan region of Rio de Janeiro. In the data collection was used 1 permanent education workshop. This study had as theoretical reference Wanda Aguiar Horta and Donald Schön. **Results:** Data were analyzed according to the content analysis method of Convergent Assistential Search, emerging three categories: Indicators of Care in the home environment; Indication of risks in the home environment; Permanent education workshop. **Conclusion:** It is concluded that health professionals should be able to develop health promotion, prevention, protection and rehabilitation actions, both individually and collectively. The developed product will be a mobile application, which aims to subsidize the Nursing Care Systematization to the elderly bedridden patient at home.

**Descriptors:** Patient Safety; Basic Health Care; Nursing Processes.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BDENF	Bases de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CINAHL	Índice Cumulativo de Literatura de Enfermagem e Saúde Aliada
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DM	Diabetes Mellitus
EA	Eventos Adversos
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
EP	Educação Permanente
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ICPS	Classificação Internacional de Segurança do Paciente
IOS	Sistema Operacional Móvel
LDB	Lei de Diretrizes de Base
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Sistema <i>Online</i> de Busca e Análise de Literatura Médica
NANDA	Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
NOC	Classificação dos Resultados de Enfermagem
NUPETSE	Núcleo de Pesquisa em Trabalho, Saúde e Educação
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PADI	Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PNEPS	Programa Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNPS	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem

SCIELO	Biblioteca Científica Eletrônica em Linha
SESQV	Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Serviço de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
USP	Universidade de São Paulo

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> – Produções científicas nas bases de dados.....	17
<b>Quadro 2</b> – Produções científicas nas bases de dados.....	18
<b>Quadro 3</b> – Produções científicas potenciais.....	18
<b>Figura 1</b> – Fluxogramas com o operador booleano “AND” através de pesquisa realizada na Biblioteca Virtual da Saúde.....	19
<b>Figura 2</b> – Fluxogramas com o operador booleano “AND” através de pesquisa realizada na CINAHL.....	20
<b>Figura 3</b> – Busca na base de dados CINAHL.....	21
<b>Quadro 4</b> – Etapas do Processo de Enfermagem.....	28
<b>Quadro 5</b> – Segurança do paciente vinculado às necessidades humanas básicas.....	40
<b>Quadro 6</b> – Tríade: diagnóstico de enfermagem, segurança do paciente e necessidades humanas básicas.....	46
<b>Quadro 7</b> – Divisão das categorias.....	49
<b>Figura 4</b> – Estratégias de ação.....	50
<b>Quadro 8</b> – Necessidades humanas básicas e intervenções da SAE.....	51
<b>Figura 5</b> – Mapa conceitual da análise dos dados.....	60
<b>Figura 6</b> – Tela inicial de abertura do aplicativo.....	63
<b>Figura 7</b> – Abas de acesso ao aplicativo.....	64
<b>Figura 8</b> – Aba dos diagnósticos de enfermagem.....	64
<b>Figura 9</b> – Diagnósticos de enfermagem.....	65
<b>Figura 10</b> – Diagnóstico de enfermagem com os sete eixos da CIPE.....	65
<b>Figura 11</b> – Diagnóstico de enfermagem com os sete eixos da CIPE.....	66
<b>Figura 12</b> – Tela do aplicativo por ícones.....	66
<b>Figura 13</b> – Contato da criadora do aplicativo para esclarecimento de dúvidas.....	67

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1 QUESTÕES NORTEADORAS.....	15
1.2 OBJETIVOS.....	15
1.3 JUSTIFICATIVA.....	16
1.4 RELEVÂNCIA .....	16
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO CONCEITUAL</b> .....	23
2.1 VISITA DOMICILIAR – PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO (PADI) .....	23
2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE .....	24
2.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE ..	277
2.4 COMPETÊNCIAS NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA O CUIDADO INTEGRAL EM ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE .....	30
2.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS E POSSIBILIDADES .....	35
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	38
3.1 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA AGUIAR HORTA .....	38
3.2 A AÇÃO-REFLEXÃO-AÇÃO DE DONALD SCHÖN PARA A PRÁTICA DO CUIDADO .....	41
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	43
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	43
4.2 FASE DE CONCEPÇÃO.....	44
4.3 CAMPO DE PESQUISA.....	45
4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	45
4.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS .....	45
<b>4.5.1 Fase de perscrutação dos dados</b> .....	48

<b>5. ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	49
5.1 PRIMEIRA CATEGORIA: INDICADORES DE CUIDADOS NO AMBIENTE DOMICILIAR.....	52
5.2 SEGUNDA CATEGORIA: INDICAÇÃO DOS RISCOS NO AMBIENTE DOMICILIAR.....	55
5.3 O PRODUTO (EDUCAÇÃO PERMANENTE: ESTRATÉGIA DE CUIDADO AO PACIENTE ACAMADO NO DOMICÍLIO): CONSTRUÇÃO DE UM APLICATIVO PARA CELULAR.....	60
5.4 TESTE DO APLICATIVO PELOS PROFISSIONAIS. ....	67
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	69
<b>7. REFERÊNCIAS</b> .....	71
<b>8. APÊNDICES</b> .....	76
8.1 APÊNDICE A – ROTEIRO DA OFICINA.....	76
8.2 APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO .....	79
<b>9. ANEXOS</b> .....	82
9.1 PARECERES CONSUBSTANCIADOS DOS CEP .....	82

## 1. INTRODUÇÃO

Este estudo compõe um grande projeto patrocinado pelo COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), lançado no ano de 2017, com o intuito de desenvolver produtos resultantes de pesquisa para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem nos diversos serviços de saúde do Brasil. Nesse sentido, foi desenvolvido um aplicativo de celular para ser utilizado pelas equipes de Saúde da Família, visando a segurança do paciente idoso acamado no âmbito domiciliar.

A motivação para realização desta pesquisa advém da minha experiência e vivência profissional enquanto educadora de campo prático da Atenção Básica de Saúde em uma instituição privada de ensino superior do município do Rio de Janeiro. Em virtude das inquietações profissionais em relação à precariedade da assistência ao paciente idoso acamado em domicílio, emergiu a possibilidade de aprofundar, de forma científica, minhas impressões empíricas, elaborando o presente estudo no Mestrado Profissional em Ensino na Saúde.

Durante as atividades como educadora de campo prático na Atenção Básica, acompanhando enfermeiros, agentes comunitários e acadêmicos de enfermagem nas visitas domiciliares da Clínica de Saúde da Família, pude observar, durante as referidas visitas, a necessidade dos enfermeiros e demais membros da equipe de terem um olhar mais crítico em relação à segurança do paciente no domicílio, principalmente pacientes com muitas dificuldades de locomoção devido à idade ou a algum agravamento do seu estado patológico. Dentre os aspectos mais relevantes, pode-se citar a falta de acessibilidade no domicílio, cama inadequada, falta de apoio no banheiro para utilização do box ou vaso sanitário e outros. Diante desse contexto, acredita-se que se faz necessária a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, visando a Segurança do Paciente na Atenção Básica a esses pacientes.

O Ministério da Saúde, em 2013, lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio das Portarias GM/MS nº 529/2013, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. A Segurança do Paciente é um componente essencial da qualidade do cuidado, e tem adquirido, em todo o mundo, importância cada vez maior

para os pacientes e suas famílias, para os gestores e profissionais de saúde no sentido de oferecer uma assistência segura. Os incidentes associados ao cuidado de saúde e, em particular, os eventos adversos (incidentes com danos ao paciente) representam uma elevada morbidade e mortalidade em todos os sistemas de saúde. As ações do PNSP devem se articular às demais políticas de saúde com o objetivo geral de integrar e somar esforços aos cuidados em redes de atenção à saúde.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC)/Anvisa nº 36/2013 institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Essa normativa regulamenta e coloca pontos básicos para a segurança do paciente como Núcleos de Segurança do Paciente, a obrigatoriedade da notificação dos eventos adversos e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente. Nesse contexto, insere-se a adoção de medidas sistematizadoras de ações de cuidado que contribuam com a segurança do paciente, privilegiando, como objeto de estudo, a Sistematização da Assistência de Enfermagem para o cuidado do paciente idoso acamado no ambiente domiciliar.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), segundo Silva *et al* (2011), pode ser conceituada como um método de prestação de cuidados para a obtenção de resultados relevantes na implementação da assistência com o objetivo de minimizar as complicações durante o tratamento, de forma a facilitar a recuperação do paciente. A metodologia utilizada requer o pensamento crítico e reflexivo do profissional, que deve estar focado nos objetivos e voltado para os resultados, de modo a atender as necessidades reais do paciente e de sua família. Para isso, exige-se atualização, habilidades e experiência. Portanto, é uma condição de exercer a profissão com autonomia, baseada nos conhecimentos técnico-científicos. E essa autonomia na assistência nos faz seguir e refletir, em alguns passos, o que é o Processo de Enfermagem.

No Brasil, a implementação do Processo de Enfermagem mais conhecido foi o proposto em 1979, que contém as seguintes etapas: a) Histórico de enfermagem, b) Diagnóstico de enfermagem, c) Planejamento assistencial, d) Prescrição de enfermagem, e) Implementação de enfermagem e f) Avaliação de enfermagem (HORTA, 2011).

São relacionados a maior compreensão da natureza do cuidado ao idoso acamado no âmbito domiciliar e características desse cuidado pelo profissional e conseguinte adequação de processos de ensino-aprendizagem a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem, bem como para o idoso e seus cuidadores.

### 1.1 QUESTÕES NORTEADORAS

- Que tipos de riscos os pacientes idosos acamados estão expostos em seu domicílio?
- Quais são as dificuldades encontradas pela equipe multidisciplinar de Atenção Básica em relação à segurança do paciente idoso acamado no seu domicílio?
- Que estratégias de Educação Permanente se pode implementar na Atenção Básica, visando a Sistematização da Assistência de Enfermagem para a segurança do paciente idoso acamado no âmbito domiciliar?

### 1.2 OBJETIVOS

- Identificar os tipos de riscos relacionados à segurança que os pacientes idosos acamados estão mais expostos em seu domicílio.
- Descrever as dificuldades que a equipe multidisciplinar de Atenção Básica encontra para proporcionar a segurança do paciente idoso acamado de forma efetiva em seu domicílio.
- Elaborar com a equipe de Atenção Básica, através de oficinas de Educação Permanente, a Sistematização da Assistência de Enfermagem em relação à segurança do paciente idoso acamado domiciliar.
- Desenvolver um aplicativo para celular com vistas a subsidiar os profissionais nas ações de enfermagem a pacientes idosos acamados em assistência domiciliar com base na sistematização da assistência para a segurança do paciente.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

Este estudo pretendeu investigar a exposição dos pacientes diante de eventos que comprometam a sua segurança com o objetivo de minimizar riscos ao paciente idoso – desde a sua integridade física no seu quarto, riscos de lesão por pressão, a sua alimentação e até a administração de medicamentos em domicílio. Com a minha atuação profissional na atenção básica, acompanhando as visitas domiciliares com os profissionais da clínica da família e acadêmicos de enfermagem, tenho acompanhado diversas iatrogenias por falta de uma sistematização do cuidado em domicílio por parte da enfermagem adequada aos pacientes relacionados ao tema.

Visando a Sistematização da Assistência de Enfermagem para a segurança do paciente na Atenção Básica em Saúde, a estratégia de ensino aprendizagem tem como foco elucidar de maneira clara e objetiva as metas vinculadas ao protocolo de segurança do paciente. Esta segurança envolve: a avaliação de possibilidades de risco no domicílio, de lesão resultante de quedas, lesão por pressão; a melhoria da comunicação efetiva com o paciente que verbaliza; a segurança do paciente com medicamentos de alta vigilância – como a manipulação correta dos fármacos –, de modo a preparar os profissionais e acadêmicos de enfermagem nas estratégias de ensino aprendizagem.

A justificativa para a realização do estudo se deve ao convênio firmado com o COFEN, que tem investido na Sistematização da Assistência de Enfermagem para a melhoria da assistência e, também, ao importante impacto social, político, econômico e acadêmico. Afinal, o conhecimento técnico-científico e a qualidade na assistência prestada reduzem as complicações de saúde do indivíduo e minimizam as estatísticas e agravamentos de saúde.

### 1.4 RELEVÂNCIA

A temática se encontra na Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde, na página 19, Eixo 9, em “Programas e Políticas de Saúde”. No item 9.1., é abordada a avaliação dos eventos adversos na Atenção Primária à Saúde relacionados à segurança do paciente e seus impactos na saúde pública e, no item 9.27, a avaliação

da oferta de ações e serviços de saúde da atenção básica frente às necessidades da população.

Com vistas a delinear o Estado da Arte sobre a temática, e no intuito de demonstrar a relevância da pesquisa, procedeu-se uma revisão de literatura na BVS, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), BDEF e MEDLINE, na biblioteca SCIELO e na base de dados CINAHL, utilizando-se os descritores: Segurança do Paciente; Enfermagem Domiciliar; Assistência Domiciliar; Pacientes Domiciliares; Processos de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde alternados e individualmente, utilizando o operador booleano “AND” a partir da questão de pesquisa: “O que existe publicado acerca da atuação da enfermagem quanto a segurança do paciente na atenção básica?”. Foram encontrados 4.081 artigos, sendo selecionadas cinco produções como bibliografia potencial quando realizado o cruzamento com os descritores.

Apresento, nos quadros 1, 2 e 3, os passos da revisão.

**Quadro 1 – Produções científicas nas bases de dados.**

DESCRITORES	LILACS	BDEF	MEDLINE	TOTAL
Segurança do Paciente	2.051	473	26.638	29.225
Atenção Básica à Saúde	9.363	1.253	67.179	77.971
Cuidado de Enfermagem	12.998	8.801	192.003	214.192
Processos de Enfermagem	1.627	1.141	13.591	16.449

Fonte: Elaboração da autora a partir das bases de dados pesquisadas.

**Quadro 2** – Produções científicas nas bases de dados.

<b>DESCRITORES</b>	<b>NA BIBLIOTECA “SCIELO”</b>
Segurança do Paciente	63
Atenção Básica à Saúde	176
Cuidado de Enfermagem	390
Processos de Enfermagem	90

Fonte: Elaboração da autora a partir das bases de dados pesquisadas.

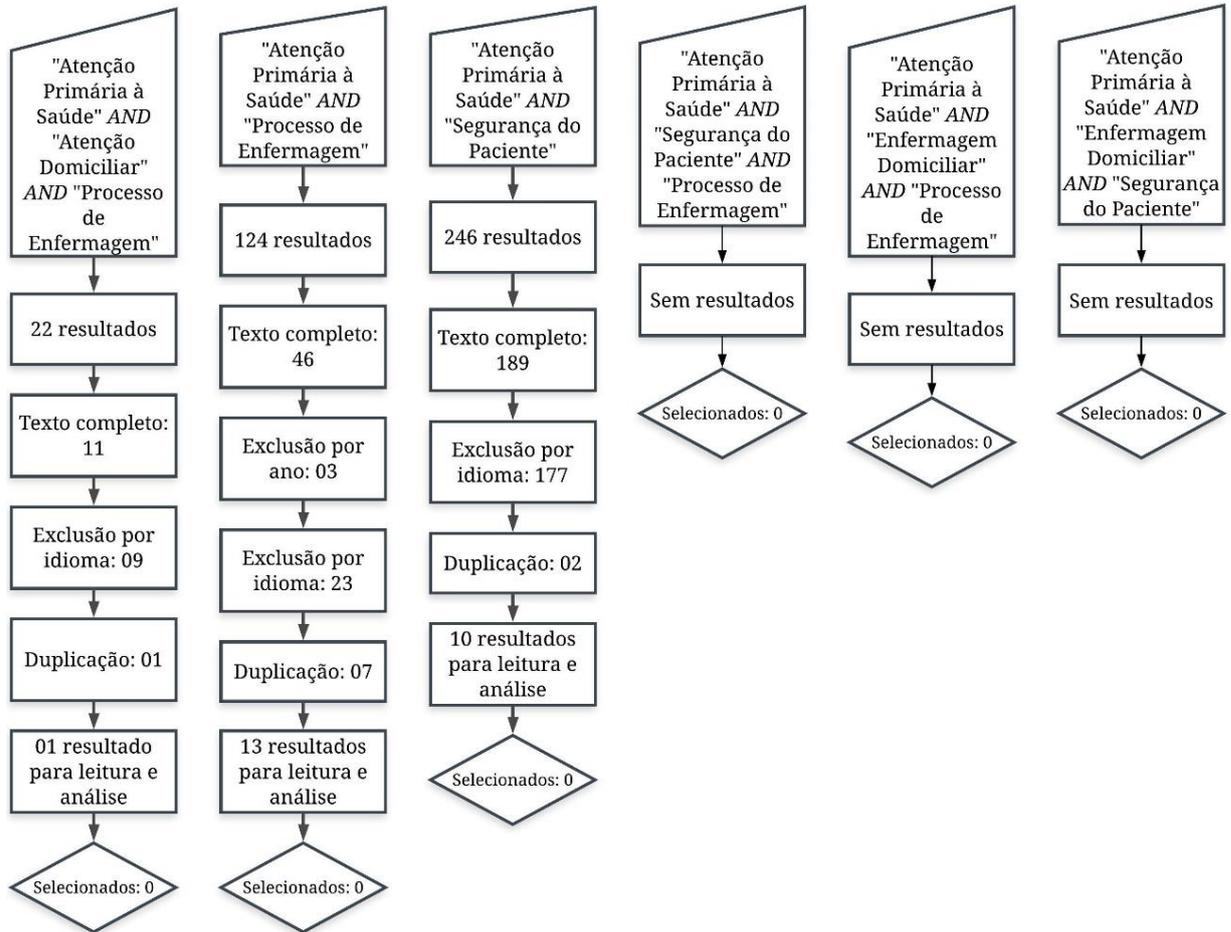
**Quadro 3** – Produções científicas potenciais.

<b>PRODUÇÕES CIENTÍFICAS POTENCIAIS</b>			
<b>AUTOR(ES)</b>	<b>ANO</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>REVISTA</b>
GOMES, A. T. S.; SALVADOR, P.T.C O.; RODRIGUES, C.C.F. M.; SILVA, M. F.; FERREIA, L. L.; SANTOS, V. E. P.	2017	A Segurança do Paciente nos Caminhos Percorridos pela Enfermagem Brasileira.	Revista Brasileira de Enfermagem/LILACS
SIMAN, A.G.; CUNHA, S. G.S.; BRITO, M.J.M.	2017	Ações de Enfermagem para Segurança do Paciente em Hospitais: Revisão Integrativa.	Revista Enfermagem UFPE online/BDENF
SILVEIRA, S.; SILVA, K.C.; HERTEL, V. L.	2016	Sistematização da Assistência de Enfermagem na Saúde da Família: Percepção dos Acadêmicos de Enfermagem.	Revista de Enfermagem UFPE/BDENF
MALUCELLI, A.; OTEMAIE, K. R.; BONNET, M.; CUBAS, M. R; GARCIA, T. R.	2012	Sistema de Informação para Apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem	Revista Brasileira de Enfermagem/LILACS
SILVA, E.G.C.; OLIVEIRA, V.C.; NEVES, G.B.C.; GUIMARÃES, T.M.R. O	2011	O conhecimento do Enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática	Revista Escola de Enfermagem/BDENF

Fonte: Elaboração da autora a partir das bases de dados pesquisadas.

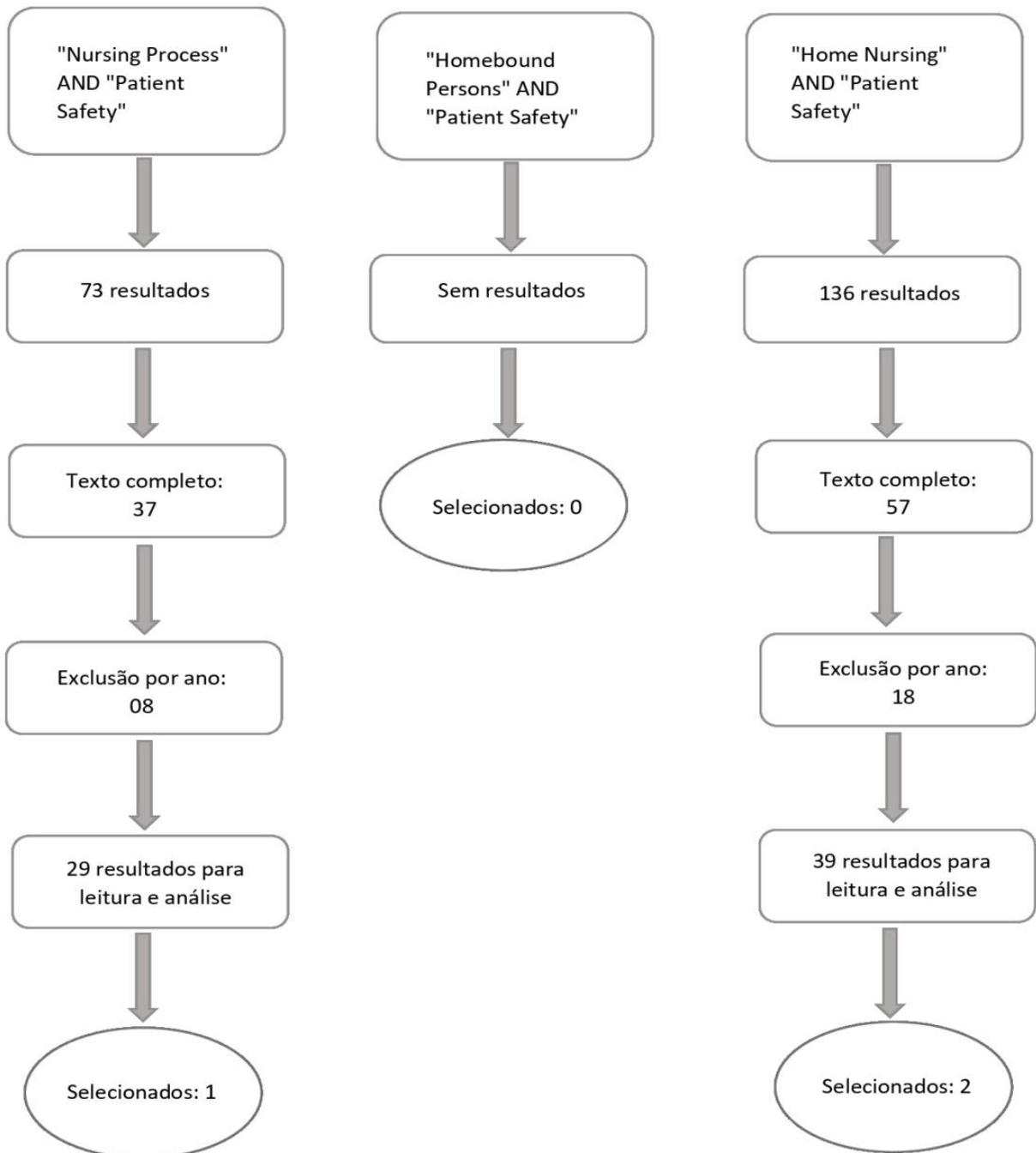
Nas figuras 1, 2 e 3, são apresentados os fluxogramas das buscas realizadas.

**Figura 1** – Fluxogramas com o operador booleano “AND” através de pesquisa realizada na Biblioteca Virtual da Saúde.



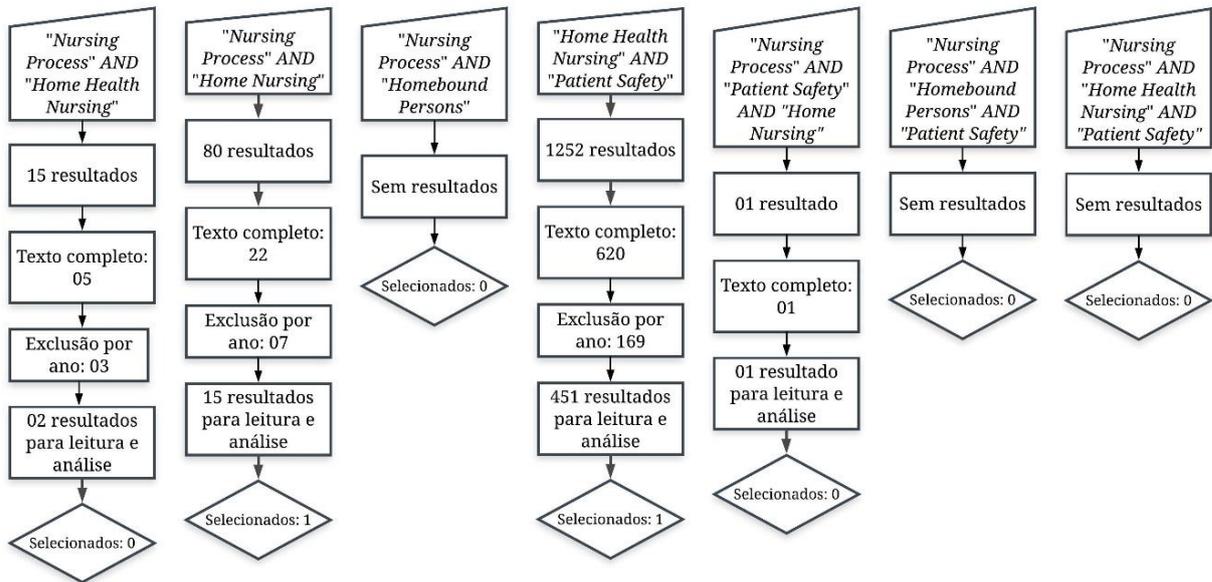
Fonte: Elaboração da autora a partir das bases de dados pesquisadas.

**Figura 2** – Fluxogramas com o operador booleano “AND” através de pesquisa realizada na CINAHL.



Fonte: Elaboração da autora a partir das bases de dados pesquisadas.

**Figura 3 – Busca na base de dados CINAHL.**



Fonte: Elaboração da autora a partir das bases de dados pesquisadas.

No levantamento da literatura, observei a existência de publicações sobre gerenciamento dos riscos e eventos adversos em relação à segurança do paciente, o que torna importante a comunicação efetiva e ações de educação permanente por parte da equipe de enfermagem para uma assistência mais segura.

Assim, faz-se importante e necessário que as políticas de educação, por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais, vinculem e orientem as instituições de ensino superior com o objetivo de formação em competências e habilidades gerais dos profissionais de saúde tais como: tomada de decisões, liderança e educação permanente.

A segurança do paciente, portanto, deve ser instituída como uma ação de cunho cultural e não de forma isolada e pontual. Diante das leituras realizadas, a importância da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no âmbito da atenção básica é, de fato, inquestionável por estar correlacionado às necessidades humanas básicas afetadas, utilizando a linguagem de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para documentação da prática profissional.

No âmbito da atenção básica, este estudo se tornou relevante por conta dos índices de complicações do paciente em domicílio relacionados à deficiência das

estratégias de ensino aprendizagem, afinal, visamos a Sistematização da Assistência de Enfermagem sobre a segurança do paciente pela equipe multidisciplinar com ênfase na segurança do paciente. Nesse contexto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem vem agregar uma assistência segura com o objetivo de reduzir complicações durante o tratamento de modo a facilitar a adaptação e recuperação do paciente.

O uso do método requer pensamento crítico e reflexivo do profissional, além do foco nos objetivos para os resultados a fim de atender as necessidades do paciente e de sua família. Com visão em constante atualização, com foco na ética e bons padrões de conduta, busca-se exercer a profissão de forma autônoma baseada em conhecimentos técnico-científicos a partir dos quais a categoria vem se desenvolvendo há muitas décadas (SILVA *et al*, 2011).

O estudo beneficiará a população pesquisada por oferecer possibilidades de promoção do cuidado. Servirá para ampliar o acervo de pesquisas relacionadas ao tema na linha de pesquisa Educação Permanente no Sistema Único de Saúde (SUS), produção e transferência de conhecimento através de artigos, seminários, bem como trará contribuições para o desenvolvimento de futuros estudos no Núcleo de Pesquisa em Trabalho, Saúde e Educação (NUPETSE) da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO CONCEITUAL

### 2.1 VISITA DOMICILIAR – PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO (PADI)

De acordo com Ministério da Saúde (2011), a Atenção Domiciliar foi instituída no âmbito do SUS pela Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, que foi substituída com o apoio do Ministério da Saúde pela Portaria nº 2.527, de 27 de outubro 2011, sendo revogada pela portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2013).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, para os próximos trinta anos, não somente no Brasil, mas no mundo, a população de pessoas idosas triplicará. Nesse contexto, associados ao processo natural do envelhecimento, haverá mais pessoas vivendo com mais de sessenta anos, e, concomitantemente, teremos mais pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas. Assim, vislumbrando esta possibilidade de ampliação de ocupação dos leitos hospitalares, foi desenvolvido o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso – PADI (BRASIL, 2011).

Segundo a Prefeitura do Estado do Rio de Janeiro (2010), o PADI foi um projeto criado em agosto de 2010 pela Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida (SESQV), tendo como objetivo oferecer cobertura a pacientes idosos com possibilidade de tratamento domiciliar em toda a Zona Oeste da Cidade do Rio de Janeiro.

Este serviço, o PADI, oferece assistência prioritariamente a pessoas a partir dos sessenta anos de idade portadoras de doenças crônico-degenerativas tais como: Hipertensão Arterial Severa (HAS), Diabetes Mellitus (DM), pacientes que tenham sofrido Acidente Vascular Encefálico (AVE) isquêmico ou hemorrágico, mas que tenham condições de serem tratadas e acompanhadas no domicílio, em que seja viável o atendimento domiciliar.

O programa é constituído por uma equipe multidisciplinar composta de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Entretanto, mesmo cada profissional tendo suas atividades particulares, o que se preza, no

programa, é que essas atividades se integrem a fim de oferecer uma assistência individualizada, sistematizada e de maneira holística. Isso porque se acredita que os vários olhares dispensados a esta clientela permitirão atuar de maneira direcionada, vislumbrando, assim, a excelência na qualidade da assistência prestada (IABAS, 2011).

Além da avaliação individual por cada profissional, fica sob a incumbência do profissional responsável pelo atendimento domiciliar ao paciente prover a capacitação do cuidador e a participação efetiva da família – o profissional enfermeiro possui um papel de destaque no grupo. Na atualidade, o enfermeiro possui diversas áreas de atuação profissional, permitindo maior autonomia no desempenho de suas atribuições, principalmente quando ele utiliza, como base de sua assistência, o Processo de Enfermagem, atualmente mais conhecido como Sistematização da Assistência de Enfermagem. Desse modo, acredita-se que, por intermédio de programas como estes, o profissional enfermeiro e sua equipe de técnicos de enfermagem estejam aptos a desenvolver atividades que promovam a assistência de enfermagem direcionada e sistematizada aos pacientes atendidos no programa.

A atuação do enfermeiro junto ao idoso deve estar centrada na educação para a saúde, no “cuidar” tendo como base o conhecimento do processo de senescência e senilidade e no retorno da capacidade funcional para a realização das suas atividades. O objetivo é atender as suas necessidades básicas e alcançar sua independência e felicidade (CAMPEDELLI, 1983).

## 2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE

Na atualidade, a segurança do paciente é considerada como um foco de estudo essencial na formação dos profissionais de saúde, com potencial para transformar a metodologia de como as instituições prestam serviços aos seus usuários. Também leva em consideração que a segurança do paciente também pode ser considerada um atributo do sistema de cuidados em saúde, que minimiza a incidência e os impactos de eventos adversos e maximiza a recuperação diante de sua ocorrência (FONSECA; PERTELINI; COSTA, 2014).

De acordo com Gomes *et al* (2017), nas últimas décadas, observa-se o aumento da preocupação de pesquisadores e gestores de saúde relacionado à segurança do paciente. A importância da redução do risco e danos desnecessários associados à assistência em saúde a um mínimo aceitável que relaciona as ferramentas que são viáveis diante do conhecimento atual aos recursos disponíveis e ao contexto em que a assistência é realizada por meio de tomada de decisões que são correlacionadas ao tratamento ou não do paciente. Assim, consideram-se os riscos importantes a cada situação.

Com a observação da ocorrência de erros graves na assistência, percebeu-se a necessidade de implementar protocolos para garantir a minimização de eventos adversos no processo do cuidar. Os eventos adversos (EA) são incidentes que podem ocorrer durante a prestação do cuidado à saúde, que ocasionam danos ao paciente, que podem ser considerados de características física, social e psicológica, e que incluem doenças, lesões, incapacidade ou, até mesmo, a morte (GOMES *et al*, 2017).

Com a implantação da segurança do paciente, que foi instituído no Brasil em 2013 através do PNSP, portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013, e a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, implementadas por meio dessas ações de segurança do paciente em serviços de saúde com a divulgação de seis protocolos básicos: identificação do paciente; comunicação entre os profissionais de saúde; segurança na prescrição, uso de administração de medicamentos; cirurgia segura; higienização das mãos; minimização do risco de quedas e lesões por pressão (FONSECA; PERTELINI; COSTA, 2014).

O Conselho Federal de Enfermagem, através da Resolução COFEN nº 564/2017 (COFEN, 2017), aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, e destaca, no artigo 12, que cabe ao enfermeiro assegurar à pessoa, família e coletividade uma assistência de enfermagem isenta de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência. No artigo 18 dessa mesma resolução, destaca-se que o profissional deve se responsabilizar por toda e qualquer falta cometida em suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individualmente ou em equipe (COFEN, 2017).

Siman, Cunha e Brito (2017, p. 1017) enfatizam que a padronização de assistência pode não garantir adequadamente a segurança do paciente, e há

evidências de que são necessários mais esforços para melhorar os processos dentro das instituições de saúde no sentido de uma assistência mais segura.

De acordo com os princípios da Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS), propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente define-se como uma redução de riscos de lesões ou danos associada ao cuidado em saúde dentro de uma aceitação mínima. Vale ressaltar que o erro provém da falha da ação que ocorre pela falta de planejamento, podendo acarretar diversos prejuízos ao paciente, desde aspectos econômicos, até custos que chegam a internações hospitalares (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017).

Sobre o aspecto jurídico, os profissionais de saúde que atuam diretamente na assistência ao paciente devem ter consciência e conhecimento dos desdobramentos jurídicos e éticos que envolvem sua atuação, principalmente no que diz respeito ao que está respaldado no código de ética profissional (FONSECA; PERTELINI; COSTA, 2014).

Atualmente, diversas discussões envolvem os aspectos jurídicos relacionados à segurança do paciente, razão pela qual a importância do conhecimento das normas jurídicas é de extrema valia aos profissionais da saúde para proteção dos pacientes e, ainda, como instrumento para exercer a profissão de forma sistematizada, ética e organizada (FONSECA; PERTELINI; COSTA, 2014).

Nesse aspecto, Fonseca, Pertelini e Costa (2014, p. 15) definem que:

A Constituição tutela o direito à vida sem estabelecer o momento inicial e final da proteção jurídica, os quais são tutelados pela legislação infraconstitucional. O direito à vida é protegido desde a concepção, como se vê no artigo 2º do vigente Código Civil (“a personalidade civil da pessoa começa desde o nascimento com vida, a lei põe salvo desde a concepção os direitos do nascituro”). Nascituro é o ser já concebido no ventre materno. A ele são assegurados diversos direitos, inclusive, sucessórios.

A segurança do paciente e a qualidade da assistência são elementos essenciais na prática do cuidado. Portanto, fazer da segurança do paciente uma prioridade em todas as ações, em qualquer ambiente, resulta na eficácia de um cuidado seguro e com responsabilidade.

## 2.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é considerada a essência do cuidar, traçando formulações para planejar, executar e avaliar o cuidado construído na assistência do enfermeiro (CHAVES; SOLAI, 2013).

O desenvolvimento do seu conteúdo através do Processo de Enfermagem – que é um método sistemático e dinâmico de prestação de cuidados humanizados – norteiam o enfermeiro nas etapas do processo de cuidar de forma ordenada, com linearidade e gerenciamento da assistência.

As etapas do Processo de Enfermagem consistem em: Histórico, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação (quadro 4), que se relacionam com as taxonomias: *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), *Nursing Interventions Classification* (NIC), *Nursing Outcomes Classification* (NOC). Esclarece-se que, neste estudo, tomei como base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) no processo de implementação da SAE (CHAVES; SOLAI, 2013).

Em relação aos aspectos legais, a Resolução do COFEN nº 358/2009 determina ao enfermeiro privativamente:

- Artigo 1º – O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.
- Artigo 2º – O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação; Avaliação de Enfermagem.
- Artigo 3º – O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.
- Artigo 4º – Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a

regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

- Artigo 5º – O Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, participam da execução do Processo de Enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

**Quadro 4 – Etapas do Processo de Enfermagem.**

<b>PROCESSOS DE ENFERMAGEM</b>	
1ª Etapa: Histórico	Coleta contínua, planejada e sistematizada sobre a história do paciente, família sobre o estado de saúde para avaliar evidências de problemas e/ou fatores de risco que possam afetá-la no processo saúde e doença. Os dados coletados definirão a identificação dos problemas na enfermagem.
2ª Etapa: Diagnóstico	É a avaliação clínica sobre a resposta do paciente e família a problemas de saúde reais ou potenciais e aos processos de vida.
3ª Etapa: Planejamento	Determina prioridades imediatas ou que podem, a curto ou longo prazo, estabelecer resultados esperados, e definir as intervenções e a individualização do plano de cuidados.
4ª Etapa: Implementação	Coloca o que foi traçado no planejamento em ação e acompanha se houve respostas iniciais.
5ª Etapa: Avaliação	Verifica se os resultados esperados foram alcançados.

Fonte: Adaptado de Chaves e Solai (2013).

O Processo de Enfermagem requer conhecimento teórico, experiência prática e habilidade intelectual que indicam um conjunto de ações executadas face ao

juízo sobre as necessidades da coletividade humana em determinado momento do processo saúde e doença (MALUCELLI *et al*, 2010).

Chaves e Solai (2013) defendem que o enfermeiro, frente a diversas tomadas de decisões complexas e de grandes responsabilidades, necessita de pensamento crítico para uma avaliação clínica baseada em evidências com conhecimento técnico científico: “Ao empregar o pensamento crítico na enfermagem, o profissional terá condições de fazer interpretações precisas de repostas humanas, de forma que as interpretações sejam as mais apropriadas e que os resultados os esperados” (CHAVES; SOLAI, 2013, p.26).

De acordo com Silva *et al* (2011), sistematizar, no contexto da palavra, é minimizar vários elementos do sistema a partir do qual se possa estabelecer alguma relação. A capacitação dos profissionais de enfermagem para uma assistência sistematizada e com qualidade tem despertado um maior empenho nas entidades de classe e, também, nas instituições formadoras (MALUCELLI *et al*, 2010).

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), por meio da Subcomissão de Sistematização da Prática de Enfermagem (Portaria nº 002/2008, ABEn Nacional, Gestão 2007/2010), participa do esforço para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem nas instituições de saúde brasileiras. Sua contribuição é organizar o cuidado, operacionalizando o Processo de Enfermagem, e dando visibilidade à contribuição de enfermagem na saúde em qualquer ambiente onde a prática profissional ocorra, em instituições prestadoras de serviços de âmbito hospitalar, ambulatorial, domicílios, entre outros (MALUCELLI *et al*, 2010).

A família é um participante de muita influência na promoção da saúde e na prevenção de agravos do indivíduo. O cuidado domiciliar com o paciente acamado requer responsabilidade, entendimento das reais necessidades do paciente e vínculo com a equipe de saúde da família para orientações e acolhimento de todas as necessidades da família para as condições de cuidados do indivíduo.

Conforme Silveira, Silva e Hertel (2016), quando se trata do cuidado em saúde, as famílias têm sido consideradas de fundamental importância. Quando se fala de família, enquanto instituição social e histórica, tem-se a impressão de que ela nunca tem fim e, por isso, é importante resgatar o olhar sobre os indivíduos, suas famílias e seus contextos. A família deve promover a participação do cuidado em saúde, sendo

ela mesma a responsável pelo bem-estar de seus integrantes, interagindo com os serviços de saúde, valorizando o conhecimento e as habilidades dos profissionais, e articulando os saberes populares em promoção do cuidado em saúde.

Neste sistema profissional, segundo Boehs (2002), considera-se que cuidar é algo essencialmente da competência da enfermagem. Além disso, há o sistema popular que inclui a família. Posto que o bem-estar do indivíduo está interligado aos seus valores culturais e crenças adquiridas ao longo de sua vida, foram propostas três formas de desenvolver o cuidado, levando em conta o modo de vida e as crenças:

Preservação do cuidado, acomodação e repadronização. Preservação se constitui naqueles cuidados já praticados por um indivíduo, família ou grupo, benéficos ou mesmo inócuos para a saúde. Acomodação são ações e decisões para assistir, dar suporte, facilitar as pessoas de uma determinada cultura a adaptar-se ou negociar com provedores de saúde profissionais (BOEHS, 2002, p. 91).

A equipe de saúde precisa entender a importância e valorizar o conhecimento do paciente idoso acamado e da família no que se refere à saúde dentro do seu contexto de vida para estabelecer planos de cuidados adequados e que atendam as reais necessidades do cliente.

## 2.4 COMPETÊNCIAS NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA O CUIDADO INTEGRAL EM ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

De acordo com Figueiredo (2005), o enfermeiro deve sempre se propor a trabalhar de forma assistencial e coletiva na obtenção da promoção da saúde do indivíduo. Os parâmetros aos quais o enfermeiro deve estar sempre atento para sua assistência envolvem o sentido de integridade e totalidade da saúde: buscar sempre o bem-estar; entender que a saúde é mais o ser do que o ter; a humanização da saúde, que deve ser compreendida como interiorização e personalização; criar a capacidade do ser humano para apropriar-se da saúde e procurar vivê-la com intensidade; a experiência humana como bem-estar.

Witt, Almeida e Araújo (2006) afirmam que os profissionais de saúde devem garantir que sua prática esteja focada de forma integral e contínua com as instâncias do sistema de saúde. Devem, ainda, analisar os problemas e soluções para o meio

social, tendo em conta a responsabilidade da atenção à saúde que não finaliza com o ato técnico e, sim, com a solução do problema nos âmbitos individual e coletivo (PERES; CIAMPONE, 2006).

Os profissionais de saúde precisam estar capacitados para desenvolverem ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, tanto na esfera individual, como, também, na coletiva. O profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integralizada e contínua com os demais níveis do sistema de saúde, analisar os problemas existentes da sociedade, e procurar solucioná-los. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais elevados padrões de qualidade, baseados nos princípios da ética e bioética.

Dentre as competências do enfermeiro, valoriza-se um profissional atuante, compreensível na singularidade do indivíduo em suas dimensões sociais e culturais, e que promova cuidados de enfermagem compatíveis com as necessidades do paciente, da família e dos diferentes grupos da comunidade, atuando de forma holística (WITT; ALMEIDA; ARAÚJO, 2006).

Em virtude das competências do enfermeiro em relação ao paciente, este profissional pode evitar erros nas tomadas de decisões assertivas de cuidados, além de assumir um papel de liderança na promoção da utilização de evidências para promover a segurança e qualidade do cuidado. Vale ressaltar que a padronização da assistência pode não assegurar de forma adequada a segurança do paciente, e há evidências de que é necessário mais empenho para melhorar os processos dentro das instituições de saúde, na obtenção de uma assistência mais segura. Sob essa ótica, as políticas e procedimentos são adotados para preservar os pacientes de danos. Contudo, compreender o porquê de um evento adverso particular ter ocorrido, com menos foco no indivíduo que cometeu o erro, pode ter resultados positivos para a segurança (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017).

Na educação, quando utilizada efetivamente, a competência – habilidade de prestar serviços profissionais específicos – define o papel da enfermagem e fornece evidências no cuidado prestado. Em todo esse contexto, ao aprofundar o campo de conhecimento da enfermagem, foram identificados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como necessidades, tendo em vista o planejamento dos serviços

de enfermagem fundamental para obter a equidade do acesso aos serviços de saúde (WITT; ALMEIDA; ARAÚJO, 2006).

Segundo o Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, seguem algumas habilidades e competências do enfermeiro (CNS, 2001):

- Atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;
- Incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;
- Desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;
- Atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;
- Ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;
- Reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;
- Atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;
- Planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;
- Planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;
- Desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional.

Conforme Peres e Ciampone (2006), o instrumento de trabalho em saúde possui divisões em vários processos de trabalho como assistir/cuidar, gerenciar/administrar, pesquisar e ensinar. O cuidar e gerenciar são os processos mais desenvolvidos no trabalho do enfermeiro devido à liderança própria do gerenciar e do cuidar holístico. O gerenciamento da competência do enfermeiro é proveniente da força do trabalho em enfermagem que é técnica e social. O processo de trabalho

gerencial foi mantido como privativo do enfermeiro, reforçando a sua responsabilidade legal sobre a equipe.

Diante das competências do enfermeiro – que possui um papel educador tanto no âmbito assistencial, quanto no âmbito acadêmico –, esse profissional tem como prática fazer com que os nossos alunos desenvolvam um pensamento crítico e reflexivo. Os profissionais de saúde devem ser capazes de aprender em continuidade na sua formação e no seu processo de trabalho. Dessa forma, devem aprender a ter responsabilidade e comprometimento não só com a sua educação e treinamento, mas, também, com a formação de futuros profissionais, proporcionando condições para que esse processo educativo seja estimulador e mobilizador nas suas práticas acadêmicas e profissional (PERES; CIAMPONE, 2006).

O processo educativo se fundamenta na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) nº 9394/96, que oferece bases metodológicas para nortear a elaboração de projetos pedagógicos. A LDB propõe que os profissionais egressos, a partir das novas diretrizes, possam ser reflexivos, dinâmicos, críticos diante das necessidades do mercado de trabalho que exige profissionais aptos a “aprender”, compreendendo as tendências do mercado de trabalho e as necessidades do desenvolvimento do país (PERES; CIAMPONE, 2006).

Desse modo, o perfil do formando egresso/profissional pretendido é:

Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem (CNS, 2001, p. 4).

De acordo com o Parecer CNE/CES nº 1133/2001, os conteúdos para o curso de graduação em enfermagem devem estar correlacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, e integrados à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem (CNS, 2001).

No tópicos de estudo “Ciências da Enfermagem”, estão incluídos os seguintes conteúdos:

- *Fundamentos de enfermagem*: os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do enfermeiro e da enfermagem nos âmbitos individual e coletivo.
- *Assistência de enfermagem*: os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de enfermagem empregada nos níveis individual e coletivo, e prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes socioculturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de enfermagem.
- *Administração de enfermagem*: os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem.
- *Ensino de enfermagem*: os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro independentemente da licenciatura em enfermagem. Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem lhe conferir terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região. Esse conjunto de competências deve promover, no aluno e no enfermeiro, a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.
- *Estágio curricular*: na formação do enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, os cursos ficam obrigados a incluir, no currículo, o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do curso de graduação em enfermagem. Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno em estágio curricular supervisionado pelo professor, será assegurada a efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde no local onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% da carga horária total do curso de graduação em

enfermagem proposto, com base no parecer/resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Para exercer sua profissão com valorização do conteúdo técnico e científico, o enfermeiro precisa constantemente desenvolver habilidades e competências na gestão do cuidado. A assistência ao paciente precisa ser linear e, acima de tudo, com conhecimento das reais necessidades do cliente para estabelecer um plano terapêutico com a participação da família que sempre tem papel muito importante no processo do cuidado. O enfermeiro, como gestor, deve atentar-se em relação ao planejamento implementado, observando se este realmente contribuirá na melhoria do paciente.

## 2.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS E POSSIBILIDADES

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004, teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007. Esta última normativa se adequou à implantação do Pacto pela Saúde. A proposta inserida na PNEPS assume a regionalização da gestão do SUS como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas para o enfrentamento das carências, demandas e necessidades do sistema nacional de saúde.

Visto que seja frequente a variação de sinônimos – como *educação em saúde* e *educação para a saúde* –, torna-se importante entendermos melhor o conceito de educação na saúde. O glossário eletrônico da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) define a educação na saúde como: “produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, parâmetros didáticos e orientação curricular” (BRASIL, 2012, p. 20). Também conhecida como *educação no trabalho em saúde*, a educação na saúde apresenta duas modalidades de educação: a educação continuada e a EPS (BRASIL, 2018).

A Educação Permanente (EP) é um conceito pedagógico no setor da saúde para efetuar relações orgânicas entre o ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado na Reforma Sanitária Brasileira para as relações

entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. A EP considera, também, a pactuação da proposta do Ministério da Saúde: “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde – Polos de Educação Permanente em Saúde”, elaborada pela Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003; e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 330, de 04 de novembro de 2003, que resolve aplicar os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH–SUS) como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS.

Conforme referem Silva *et al* (2014), a EP se insere na perspectiva de mudança do modelo assistencial hegemônico de saúde, possibilitando o questionamento da realidade. Também permite o desenvolvimento de suas metas através de propostas e projetos que viabilizem a mudança de práticas e operem realidades vivas permeadas pelos saberes e conexões atualizados, pelas atividades desenvolvidas dos diferentes atores sociais e pela responsabilidade com o coletivo. Diante dessa contextualização, torna-se pertinente conhecer as possíveis lacunas na consolidação da EP em uma instância que possibilita a qualificação de profissionais de saúde para atuação condizente com os princípios do SUS.

A EP se configura como aprendizagem no trabalho em que o movimento do aprender e ensinar se entrelaçam conforme a definição do Ministério da Saúde. A EP se baseia na aprendizagem significativa e no método de transformar as práticas profissionais em acontecimentos do cotidiano profissional. É uma educação que gera intensa reflexão sobre a metodologia de trabalho, a valorização da importância da gestão, a transformação das práticas do serviço atrelado à proposta do aprender a fazer, trabalhar e se desenvolver em equipe, coletivamente e individualmente (BRASIL, 2018).

Nesse sentido, os discursos vêm ao encontro da EP, que se constitui como uma estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que este venha a ser um lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Para tanto, é importante a discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho e dos referenciais que orientam essas práticas, com apoiadores de outras áreas, ativadores de processos de mudança institucional e facilitadores de coletivos organizados para a produção (SILVA *et al*, 2014).

A EP vai além de uma proposta de atuação multiprofissional, pois se constitui em encontro, no qual todas as profissões devem atuar em equipe multiprofissional e de maneira interdisciplinar. Entretanto, além de atuar de uma maneira inter ou transdisciplinar, as profissões devem se colocar, sempre, no lugar de fronteira com quaisquer outras profissões, e não se localizando, sempre, em um lugar privativo de exercício, um lugar que ninguém invada numa perspectiva de disciplinaridade (SILVA *et al*, 2014).

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA AGUIAR HORTA

Com o intuito de embasar cientificamente o presente estudo, elegeu-se, como referencial teórico de enfermagem, Wanda Aguiar Horta, paraense, nascida em 11 de agosto de 1926. No ano de 1948, concluiu a graduação em enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Em 1968, Horta recebeu o título de doutora e livre docente em Fundamentos e Enfermagem na Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (LEOPARDI, 2006). Trabalhou em diversas instituições no período de 1948 a 1958, como o Hospital Central Sorocabano, onde foi chefe de enfermagem e professora do curso de Auxiliares de Enfermagem do Hospital Samaritano. Em 1981 (ano do seu falecimento), foi proclamada professora emérita da Escola de Enfermagem da USP (FLORÊNCIO, 2009).

Na década de 70, Wanda de Aguiar Horta foi considerada a pioneira na reflexão de valorizar as necessidades humanas básicas no processo do cuidar no Brasil. Por conseguinte, a partir da década de 90, as experiências de implementação do Processo de Enfermagem em nossa realidade ganharam foco, e começaram a se propagar na década seguinte, sinalizando para o avanço científico da prática de enfermagem no país. A estudiosa desenvolveu seus estudos a partir da teoria da motivação humana de Maslow, que se fundamenta nas necessidades humanas básicas (UBALDO; MATOS; SALUM, 2015).

Wanda Horta classifica as necessidades humanas básicas em três pontos: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, e elenca o relacionamento entre os três conceitos com o de ser humano, o ambiente e a enfermagem. Para uma prática eficiente, a teórica descreve a enfermagem com elementos principais da equipe de saúde e com o método e conhecimento científicos. Todo esse processo, em sua visão, denomina-se Processo de Enfermagem, o qual é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas visando a assistência ao ser humano (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

Segundo Horta (2011), as necessidades humanas básicas são classificadas e subdividas da seguinte forma:

- *Psicobiológicas*: oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercícios e atividades físicas, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, motilidade, cuidado corporal, integridade cutâneo mucosa, integridade física, regulação (térmica, eletrolítica, imunológica, vascular), locomoção, percepção (dolorosa, auditiva, visual), ambiente, terapêutica;
- *Psicossociais*: segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, gregário, recreação, lazer, espaço, orientação, aceitação, autorrealização, autoestima, participação, autoimagem, atenção;
- *Psicoespirituais*: religião ou filosofia de vida.

No Brasil, diante dos estudos de Wanda Aguiar Horta que embasaram o Processo de Enfermagem, muitos estudiosos vêm demonstrando a importância da prática assistencial, melhorando a comunicação entre os profissionais e reconhecendo a valorização das ações de enfermagem no processo assistencial do indivíduo (BRENDAN, 2009).

A teoria das Necessidades Humanas Básicas foi desenvolvida por Horta com o objetivo de tornar o conhecimento científico da enfermagem unificado para a promoção de autonomia e independência por parte dos profissionais (HORTA, 2011).

Conforme Barros *et al* (2011), no momento da aplicação do Processo de Enfermagem, são identificados os dados dos indivíduos, de suas famílias, o que configura a primeira etapa do Processo de Enfermagem – conhecida como *coleta de dados*. Nessa ação inicial, são registradas informações específicas do paciente e/ou família, atentando, conseqüentemente, para a construção das demais etapas do Processo de Enfermagem. Concomitantemente a este processo, é necessário empreender a Sistematização da Assistência de Enfermagem, que é definida como a organização do cuidado profissional de enfermagem quanto ao método pessoal e de instrumentos a serem denominados e pautados dentro do conhecimento técnico científico.

Depreende-se que a SAE é uma ferramenta de trabalho que, unida à teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta, pode contribuir

significativamente para a qualidade dos cuidados prestados, além de ser uma exigência ética legal de acordo com a normatização do COFEN nº 358/2009 (COFEN, 2009).

Todas as etapas do Processo de Enfermagem devem estar registradas no prontuário do paciente posto que os registros de enfermagem são imprescindíveis no processo do cuidar. A correlação das metas de segurança do paciente para a atenção básica com a teoria de Wanda Horta pode ser observada no quadro 5 a seguir.

**Quadro 5** – Segurança do paciente vinculado às necessidades humanas básicas.

<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	<b>NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</b>
Identificação do paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segurança emocional</li> <li>• Comunicação</li> <li>• Autoimagem</li> <li>• Atenção</li> </ul>
Comunicação efetiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educação para a saúde/aprendizagem</li> <li>• Liberdade e participação</li> <li>• Comunicação</li> <li>• Autoestima, autoconfiança, autorrespeito</li> </ul>
Prescrição segura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educação para a saúde/aprendizagem</li> <li>• Comunicação</li> </ul>
Administração de medicamentos segura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segurança física/meio ambiente</li> <li>• Terapêutica</li> <li>• Educação para a saúde/ aprendizagem</li> </ul>
Cirurgia segura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segurança física/meio ambiente</li> <li>• Terapêutica</li> <li>• Educação para a saúde/ aprendizagem</li> <li>• Segurança emocional</li> </ul>
Higienização das mãos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segurança física</li> </ul>
Prevenção de queda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepção dos órgãos dos sentidos</li> <li>• Segurança física/meio ambiente</li> <li>• Alimentação</li> <li>• Integridade física</li> </ul>

---

Prevenção de lesão por pressão	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hidratação</li><li>• Alimentação</li><li>• Oxigenação</li><li>• Integridade física</li><li>• Exercícios físicos</li></ul>
--------------------------------	---

---

Fonte: Adaptado de Perão *et al* (2017); Horta (2011).

Conforme Ubaldo, Matos e Salum (2015), a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem justificam a necessidade da forma de organização dos serviços de enfermagem e do planejamento da assistência embasados no conhecimento científico para identificar as situações de saúde-doença dos indivíduos, além de subsidiar as ações de assistência, contribuindo para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

### 3.2 A AÇÃO-REFLEXÃO-AÇÃO DE DONALD SCHÖN PARA A PRÁTICA DO CUIDADO

No intuito de analisar a tríade ação-reflexão-ação na prática do cuidado domiciliar – no sentido de privilegiar o modo como o sujeito desenvolve o cuidado a partir da sua observação às necessidades humanas básicas propostas por Horta –, elegeu-se Donald Schön. Na década de 80, Donald Schön, com seus estudos, trouxe como problematização a relação da teoria-prática na aprendizagem profissional e cotidiana. Ele enaltece que o profissional reflexivo gera uma crise de confiança nos demais profissionais, e visa entender as experiências que esses profissionais carregam isoladamente, formulando sua perspectiva em torno de três aspectos: “conhecimento na prática, reflexão da prática e reflexão sobre a reflexão sobre a prática” (SCHÖN, 2007).

Trata-se de um professor norte-americano, respeitado por sua ação precursora na defesa da prática reflexiva como instrumento de desenvolvimento de competências baseado no processo de reflexão-na-ação, e vislumbrando perspectivas de aprendizagem por meio do *aprender através do fazer* – privilegiado na formação dos

profissionais. Utilizamos principalmente a obra: *Educando o profissional reflexivo* (SCHÖN, 2007).

O estudioso estadunidense valoriza a reflexão na ação, na qual o profissional aprende a partir da análise e interpretação de sua própria atividade, e do desenvolvimento do conhecimento científico, valorizando o desempenho de suas ações.

Schön (2007) acredita que a formação profissional do indivíduo que interage na tríade da teoria x prática x reflexão – com embasamento no movimento da reflexão na ação, ou seja, que só se aprende fazendo – é um processo de construção que exige estímulo pela interação. O referido autor acredita que somente a reflexão do profissional sobre sua prática, o que ele faz no seu cotidiano, pode torná-lo um profissional reflexivo, no sentido de melhorar suas metodologias de trabalho, encontrar respostas aos dilemas encontrados na prática cotidiana.

É possível olhar respectivamente e refletir sobre a reflexão-na-ação. Após a prática, o profissional pode pensar no que aconteceu, no que observou, no significado que lhe deu e na eventual adoção de outros sentidos. Refletir sobre a reflexão-na-ação é uma ação, uma observação e uma descrição, que exige o uso de palavras (SCHÖN, 2007, p. 83).

O desenvolvimento da aprendizagem só é efetivo quando se aprende fazendo, ou seja, a destreza se desenvolve com a prática. Quando observa o desenvolvimento do discente, o professor aproveita a oportunidade para pontuar as deficiências e realizar demonstrações com orientações verbais de acordo com o desempenho do aluno na prática. Nesse ciclo, o discente aprende a atuação de um profissional mais experiente para praticar, ocorrendo, assim, a reflexão na ação de ambos os envolvidos no processo (SCHÖN, 2007).

Segundo Valente (2009), a valorização da prática docente reflexiva e o pensamento com a ação podem dar respostas para certos problemas que são comuns no cotidiano profissional.

Os aspectos de ação-reflexão-ação dos profissionais envolvidos na pesquisa serão sinalizados a partir da fala dos participantes da pesquisa, pois evidencia-se esse movimento proposto por Schön no cotidiano da assistência ao paciente acamado no domicílio.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório do tipo pesquisa-convergente-assistencial. Conforme colocam os estudiosos Polit, Beck e Hungler (2011, p.26):

As pesquisas de abordagem qualitativa baseiam-se na premissa de que o conhecimento sobre as pessoas só é possível a partir da descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal como é definida pelos seus próprios atores. Assim, elas propiciam campo livre ao rico potencial das percepções e de relações de causa e efeito, para testar hipóteses ou para determinar opiniões, práticas e atitudes de grandes populações.

A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) foi idealizada em 1989, por conteúdos ministrados em disciplinas do curso de mestrado em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no qual surgiram diversas discussões sobre a aplicabilidade dos resultados das pesquisas na prática assistencial. Mercedes Trentini e Ligia Paim propuseram, em 1999, tal metodologia, que foi apresentada à comunidade acadêmica por meio do livro *Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente assistencial*, tendo sua segunda edição em 2004 (*Pesquisa Convergente Assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem*).

Segundo Trentini e Paim, os princípios da PCA são: manter uma estreita relação com a prática assistencial durante seu processo; como propósito, encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas; realizar mudanças inovadoras no contexto da prática no cenário em que ocorre a investigação. Os pesquisadores comprometem-se com a construção de um conhecimento novo para a renovação das práticas assistenciais no contexto estudado. Além disso, trabalham com a utilização de vários e diferentes métodos e técnicas de coleta e análise dos dados (TRENTINI; PAIM, 2004; TRENTINI; BELTRANE, 2006).

Diferenciando-se, de forma dualizada, de outros tipos de pesquisa por ser específico, primeiro, os autores propõem o desenvolvimento de conhecimento técnico/tecnológico para minimizar problemas por introdução de inovações e

mudanças nas práticas assistências e, segundo, requerem a imersão do pesquisador na assistência (TRENTINI; PAIM, 2004).

Neste estudo, a dualidade é observada quando o pesquisador se insere no serviço onde será realizada a pesquisa e, partindo dessa vivência, poderá investigar e propor uma nova forma de prática assistencial com a obtenção da melhoria do serviço. Assemelha-se a outras pesquisas, pois segue o passo a passo de o pesquisador perguntar-se o que pesquisar, para que pesquisar, por que pesquisar, com que suporte teórico, onde, com quem, com quais instrumentos, como e quais os resultados esperados (TRENTINI; PAIM, 2004). A PCA tem como pressupostos: que o campo da prática assistencial é um espaço onde se manifestam fenômenos a serem desvelados; o contexto da prática não é só o ambiente de assistir, mas, também, é lugar de pensar; o contexto da prática suscita inovação; a prática é um campo fértil para estudo; e que ao atrelar a pesquisa e a assistência, o trabalho e o meio científico são vitalizados (TRENTINI; PAIM, 2004).

A metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem do objeto, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e, ainda, o potencial criativo do pesquisador. Nesse sentido, “a pesquisa qualitativa gera dados ricos e descritivos e promove a sensibilidade aumentada às experiências de saúde dos outros” (MINAYO, 2012, p.20).

O projeto atende os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012), e se baseia nas Normas de Pesquisa em Seres Humanos, com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, aprovado sob parecer de número 2.770.360. Os objetivos e finalidades da pesquisa foram esclarecidos, além de assegurado o anonimato dos participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## 4.2 FASE DE CONCEPÇÃO

Com a delimitação da área de investigação na pesquisa, foi realizado o exercício da autoindagação proposto pelas autoras Trentini e Paim (2004, p.39): “O

que não está bem na prática assistencial? Quais são os problemas visibilizados? O que poderia ser modificado? Que inovações poderiam ser introduzidas?”.

#### 4.3 CAMPO DE PESQUISA

O cenário escolhido para a coleta de dados foi uma unidade da Clínica da Família, localizada na região metropolitana do Rio de Janeiro.

A Clínica da Família, onde parte do estudo foi desenvolvido, conta com seis equipes de saúde da família, compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários. A unidade conta com aproximadamente 3.200 pessoas cadastradas.

#### 4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram um enfermeiro, seis agentes comunitários, dois técnicos de enfermagem e um técnico de higiene bucal da Clínica da Família, tendo em vista que esses profissionais prestam o atendimento domiciliar aos pacientes acamados.

Foram considerados como critérios de inclusão: os profissionais que aceitaram participar da pesquisa e profissionais que exercem cuidados direcionados ao paciente, ou seja, aqueles que, além do perfil, quiseram contribuir para o ensino, para a pesquisa de modo a melhorar a qualidade da assistência ao paciente.

Os critérios de exclusão adotados foram: profissionais que estiveram afastados por qualquer motivo durante a coleta de dados.

#### 4.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Na coleta de dados, foi utilizada uma oficina de Educação Permanente. Para esse fim, como ponto de partida, foi considerada uma pergunta geradora no intuito de saber quais são as dificuldades encontradas pela equipe em relação à segurança do

paciente acamado no domicílio. Em seguida, foi formulada uma situação problema pelo grupo com o auxílio da pesquisadora, e promovido um debate no sentido de identificar os riscos à segurança do paciente e as dificuldades encontradas. Todas as propostas ocorreram em um único encontro. As respostas foram gravadas integralmente.

Por conseguinte, foi elaborado um mapa conceitual, com as principais dificuldades apresentadas pelos participantes, e desenvolvida a articulação com os riscos mencionados. Com esses dados, foram traçados os aspectos relacionados à Sistematização da Assistência de Enfermagem para a segurança do paciente acamado no domicílio

Esses passos foram realizados pelo próprio grupo com a coordenação da pesquisadora, obedecendo os critérios de Wanda Horta que valoriza as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Dentro dessa tríade de Horta, foram selecionados os seguintes diagnósticos de enfermagem relacionados com as necessidades humanas básicas e com a segurança do paciente (quadro 6).

**Quadro 6** – Tríade: diagnóstico de enfermagem, segurança do paciente e necessidades humanas básicas.

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	<b>NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</b>
Conhecimento sobre medidas de segurança	Identificação do paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segurança emocional</li> <li>• Comunicação</li> <li>• Autoimagem</li> <li>• Atenção</li> </ul>
Falta de apoio familiar	Comunicação efetiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educação para a saúde/aprendizagem</li> <li>• Liberdade e participação</li> <li>• Comunicação</li> <li>• Autoestima, autoconfiança, autorrespeito</li> </ul>
Adesão ao regime medicamentoso	Prescrição segura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educação para a saúde/aprendizagem</li> <li>• Comunicação</li> </ul>

---

Reação medicamentosa	Administração de medicamentos segura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segurança física/meio ambiente</li> <li>• Terapêutica</li> <li>• Educação para a saúde/aprendizagem</li> </ul>
Risco de infecção	Cirurgia segura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segurança física/meio ambiente</li> <li>• Terapêutica</li> <li>• Educação para a saúde/aprendizagem</li> <li>• Segurança emocional</li> </ul>
Capacidade de executar a higiene prejudicada	Higienização das mãos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segurança física</li> </ul>
Risco de queda	Prevenção de queda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepção dos órgãos dos sentidos</li> <li>• Segurança física/meio ambiente</li> <li>• Alimentação</li> <li>• Integridade física</li> </ul>
Risco de lesão por pressão	Prevenção de lesão por pressão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidratação</li> <li>• Alimentação</li> <li>• Oxigenação</li> <li>• Integridade física</li> <li>• Exercícios físicos</li> </ul>

---

Fonte: Adaptado de Garcia (2015); Perão *et al* (2017); Horta (2011).

A SAE foi exposta aos participantes, visando estratégias de atenção à saúde do paciente e, posteriormente, com a informatização para confecção de um aplicativo de celular que servirá como subsídio para a atuação da equipe no âmbito domiciliar. Nesse aplicativo, constam informações conceituais sobre o que é segurança do paciente, as etapas do Processo de Enfermagem com a descrição de cada etapa, e a sistematização da assistência de enfermagem, com os diagnósticos mais adequados para pacientes que se encontram no âmbito domiciliar na condição acamado. Todas as etapas para elaboração da SAE serão realizadas dentro do próprio aplicativo. Os usuários do produto, que serão os enfermeiros, testarão o aplicativo através de uma

simulação com data pré-estabelecida para reconhecer se o recurso trará viabilidade e resolutividade em relação à melhoria da qualidade da assistência.

Aos participantes do estudo, foram explicados todos os objetivos da pesquisa, a construção do aplicativo, além do esclarecimento de eventuais dúvidas.

#### **4.5.1 Fase de perscrutação dos dados**

Fase caracterizada pelas estratégias de refinamento de obtenção dos dados constituídas através de um grupo focal. No espaço onde os principais atores da prática da visita domiciliar estavam presentes, eles trouxeram um pouco de suas vivências no domicílio, desde as dificuldades de adesão ao serviço de saúde por parte do paciente e/ou familiares, ao entendimento das orientações sobre o tratamento no domicílio e aderência à assistência.

No momento do meu encontro (enquanto pesquisadora) com os sujeitos da pesquisa, durante a oficina, foi entregue o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCL (Apêndice A) em duas vias: uma para a pesquisadora, e outra para o sujeito da pesquisa.

Como fonte de dados, constituí um grupo focal através de um *world café* no intuito de estabelecer um vínculo com os participantes no auditório da Clínica da Família. O espaço contava com dez participantes que tomaram conhecimento de toda a proposta do estudo e suas abordagens. Esclareci sobre a gravação dos dados em arquivo digital formato *MP3 Player* que, posteriormente, foi transcrita na íntegra. O encontro objetivou apresentar a importância da pesquisa científica na contribuição da melhoria e qualidade da assistência de enfermagem no âmbito domiciliar. Os passos da coleta de dados envolveram a teoria de Wanda Horta que trabalha as necessidades humanas básicas afetadas correlacionadas com as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais dentro do contexto domiciliar, com o intuito de promover a saúde e/ou reduzir os agravos.

## 5. ANÁLISE DOS DADOS

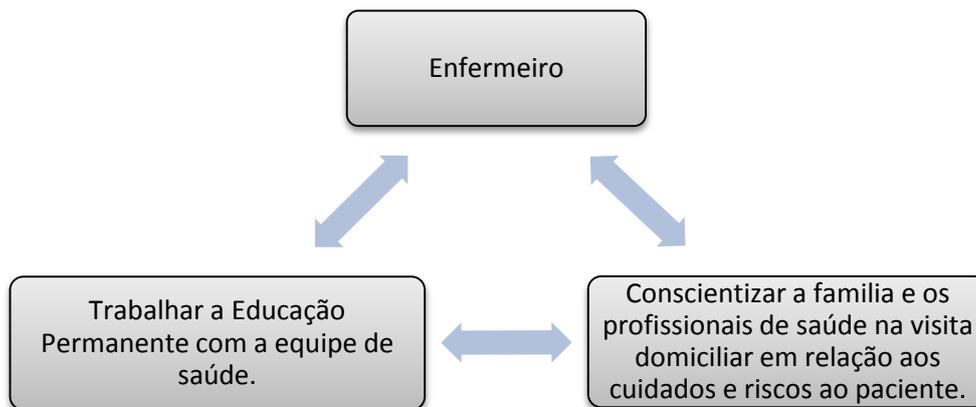
As categorias de análise foram concluídas a partir das falas dos participantes de equipes diferentes que se mostraram enfáticas e repetitivas sobre problemas comuns ocorridos repetitivamente no domicílio do paciente acamado. Diante dessas exposições, foram estabelecidas categorias expostas no quadro 7.

**Quadro 7** – Divisão das categorias.

CATEGORIAS	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO (INDICADORES)
1 – Cuidados no ambiente domiciliar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceituar / aceitar as competências por parte do profissional e familiares.</li> <li>• Atentar-se às necessidades básicas do paciente acamado.</li> </ul>
2 – Riscos no ambiente domiciliar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atentar às necessidades do domicílio para melhoria da segurança do paciente.</li> <li>• Avaliar os riscos potenciais no domicílio.</li> <li>• Conscientizar o paciente e familiares dos potenciais risco no domicílio.</li> </ul>
3 – Educação Permanente: estratégia para melhoria da assistência ao paciente acamado no domicílio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conscientizar a equipe no fazer e conduzir a assistência ao paciente acamado dentro do conhecimento técnico científico.</li> </ul>

Fonte: Criado pela autora, 2019.

As categorias de análise foram evidenciadas pela fala dos participantes que se repetiam em questões relativas a cuidados diários com o paciente e a riscos expostos no domicílio por falta de orientação. Já em relação ao agrupamento das unidades de significados, este foi elaborado para atender as necessidades dos resultados referentes às categorias criadas.

**Figura 4 – Estratégias de ação.**

Fonte: Criada pela autora, 2019.

A figura 4 mostra a tradução das ações, saberes e competências dos enfermeiros e sua equipe “modelados” pelas características do ambiente de trabalho, perfil do paciente acamado e suas necessidades.

Apresento a análise dos dados coletados nas entrevistas com o objetivo de responder as questões fundamentadas pelo estudo inicial. De acordo com os dados coletados, observou-se uma correlação dos profissionais envolvidos em relação aos problemas enfrentados no domicílio com os pacientes e familiares.

Durante a entrevista, na discussão dos sujeitos participantes da pesquisa, na entonação de suas falas, nas situações do ambiente familiar dos usuários acamados, observou-se uma certa dificuldade dos próprios pacientes e familiares na promoção do cuidado dos mais simples possíveis, tais como alimentação, uso de medicamentos conforme prescrição médica, dosagens, horários entre outros. Diante dessas questões, unem-se riscos, no ambiente domiciliar, de queda, dificuldade de locomoção do usuário com cadeira de rodas por mobílias desnecessárias, uso de camas inapropriadas ou colchões que podem aumentar o risco de lesões por pressão.

E analisando todas as falas e tudo o que foi abordado durante a oficina de EP, foram identificadas duas categorias de análise que respondem aos objetivos do estudo:

- Indicadores de cuidados no ambiente domiciliar;
- Indicação dos riscos no ambiente domiciliar.

Para embasar a descrição dos dados obtidos nas entrevistas, como referencial teórico, utilizei a autora Wanda Horta, que trabalha as necessidades humanas básicas afetadas do indivíduo (necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais), e o referencial teórico de Donald Schön, que expõe a visão da ação-reflexão-ação na prática (quadro 8).

**Quadro 8** – Necessidades humanas básicas e intervenções da SAE.

<b>NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS AFETADAS</b>	<b>INTERVENÇÕES DA SAE</b>
<p><b>PSICOBIOLOGICAS:</b> oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercícios e atividades físicas, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, motilidade, cuidado corporal, integridade cutâneo mucosa, integridade física, regulação (térmica, eletrolítica, imunológica, vascular), locomoção, percepção (dolorosa, auditiva, visual), ambiente, terapêutica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obter dados sobre a qualidade de vida dos idosos acamados.</li> <li>• Assegurar continuidade no cuidado dos idosos acamados com orientações à família.</li> <li>• Orientar a família sobre prevenção de lesão por pressão.</li> <li>• Orientar a família sobre prevenção de quedas.</li> <li>• Orientar a família sobre medicação.</li> <li>• Orientar a família sobre manipulação de medicação.</li> <li>• Avaliar perfusão tissular do paciente idoso acamado.</li> <li>• Cuidar de lesão por pressão do paciente idoso acamado com coberturas adequadas.</li> <li>• Orientar a família quanto a higienização diária.</li> <li>• Realizar inspeção da cavidade oral do paciente idoso acamado.</li> <li>• Manter a pele limpa e seca do paciente idoso acamado.</li> <li>• Manter a pele hidratada do paciente idoso acamado com ácidos graxos essenciais.</li> <li>• Realizar mudança de decúbito de 2 em 2h do paciente idoso acamado.</li> <li>• Identificar hábitos alimentares do paciente idoso acamado.</li> <li>• Avaliar a rotina de alimentação do paciente idoso acamado.</li> <li>• Avaliar a eficácia do tratamento do paciente idoso acamado com visitas semanais.</li> </ul>
<p><b>PSICOSSOCIAIS:</b> segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, gregária, recreação, lazer, espaço, orientação, aceitação, autorrealização, autoestima, participação, autoimagem, atenção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar paciente/família sobre a doença.</li> <li>• Orientar a família sobre os cuidados com o paciente idoso acamado.</li> <li>• Orientar a família sobre medicação.</li> <li>• Orientar o apoio familiar.</li> <li>• Promover ambiente seguro para o paciente idoso acamado.</li> </ul>

---

**PSICOESPIRITUAIS:** religião ou filosofia de vida.

- Proporcionar condições favoráveis para o apoio familiar.
  - Promover escuta ativa do paciente idoso acamado e família.
  - Promover apoio espiritual ao paciente idoso acamado e família.
  - Ofertar suporte de carinho ao paciente idoso acamado e família.
  - Obter dados sobre a crença espiritual do paciente idoso acamado e da família.
  - Aconselhar sobre angústia espiritual do paciente idoso acamado e da família.
  - Proporcionar espaço de diálogo de forma coletiva ao paciente idoso acamado e à família.
- 

Fonte: Adaptada de Horta (2011).

## 5.1 PRIMEIRA CATEGORIA: INDICADORES DE CUIDADOS NO AMBIENTE DOMICILIAR

A categoria “Indicadores de cuidados no ambiente domiciliar” vem reforçar que o ambiente domiciliar é importante para a manutenção da saúde do indivíduo e o processo do cuidar de forma holística. A equipe de enfermagem possui habilidades e competências para oferecer uma assistência domiciliar de qualidade, trazendo o paciente como percussor do seu cuidado e a família como participante desse processo. Sobre essa visão, uma participante do estudo vem corroborar:

A partir do momento que eu entro no portão, eu já olho ao redor. Tem mato? Tem pneu? Tem caixa d’água? Porque principalmente agora que a gente está em época de verão, em época de dengue, Chikungunya. Então eu já vou entrando e já vou olhando, eu olho, reparo. Entro na casa da pessoa, aí vejo a situação do paciente. É acamado? Se é acamado, vamos olhar o colchão. Se o colchão é apropriado, se o lençol está esticadinho, porque não adianta nada o colchão ser apropriado e a cama não estar esticadinha (EQUIPE SUL-AMÉRICA).

Observa-se um movimento de refletir sobre a própria prática no depoimento da participante à medida que ela se sente responsável pelo entorno do cuidado domiciliar. Donald Schön (2007) valoriza a reflexão na ação – o pensar no que fazem, enquanto o fazem. Toda ação tem um propósito, uma finalidade. Não deve apenas ser algo mecanicista, sem reflexão de quais benefícios a ação pode gerar no bem-estar do indivíduo naquele momento.

Já Wanda Horta valoriza, dentro do contexto das necessidades humanas básicas, a hidratação, alimentação, integridade física e o cuidado corporal como alguns pontos importantes para prevenção de lesões por pressão. Essa reflexão na ação, nos cuidados com o paciente acamado, nos faz correlacionar as ações da sistematização da assistência que proporcionará o bem-estar físico do indivíduo, o que é determinante para suas condições de saúde.

Segundo Vieira *et al* (2015), os profissionais de saúde da família, com enfoque na equipe de enfermagem, quando acompanha o paciente acamado no domicílio, altera direta ou indiretamente a rotina da família a partir dos cuidados exercidos no paciente. É importante frisar que, de acordo com Vieira *et al* (2015, p. 01): “Entende-se como paciente acamado aquele que se encontra impossibilitado de exercer o autocuidado de forma parcial ou total, necessitando de auxílio.”

Dentre as suas teorias, Wanda Horta enfatiza a importância da prevenção dos riscos de queda que estão relacionados com a segurança física dentro do espaço, do ambiente. Essa prevenção de queda, em ambiente domiciliar, é extremamente importante em consequência de muitos pacientes possuírem um déficit de regulação neurológica.

Conforme referem Pires, Rodrigues e Nascimento (2010), a integralidade do cuidado aparece como complexo, inovador e com diversos sentidos que, de certo modo, se associam com as necessidades verbalizadas pelos usuários do sistema e suas famílias na prática dos trabalhadores de saúde, visando a resolubilidade das questões apresentadas pela clientela face ao cuidado integral. A abertura ao diálogo entre os participantes deste processo e a aplicabilidade das variadas formas de agir em saúde buscam atender as demandas relacionadas às ações entre o indivíduo, família e grupos populacionais.

O cuidado no ambiente domiciliar visa atender, seja de forma total ou parcial, as demandas do paciente. A consciência da família em relação a essas demandas é extremamente importante para melhoria de sua terapêutica, pois nada pode ser feito de forma isolada em relação às necessidades do paciente. A equipe de saúde da família precisa estar em conformidade com a família para contribuir com a melhoria da qualidade de vida do indivíduo de forma integralizada.

Quando entende a sua condição e tenta promover o seu autocuidado, mesmo que de forma limitada, o paciente domiciliar acamado melhora a sua condição no âmbito domiciliar. São utilizadas estratégias por parte dos profissionais de enfermagem juntamente com os agentes comunitários de saúde para adesão ao tratamento de forma adequada no uso de medicações, além de outras necessidades do usuário. A enfermeira da unidade faz um breve relato em relação ao uso de medicações em parceria com os familiares e/ou cuidadores para atender as necessidades do paciente:

Em relação às medicações, eu acho muito válido essa questão de você fazer o esquema mesmo de desenho ou de cor e tudo o mais, mas nem toda a família aceita (EQUIPE CINCO BOCAS).

Eu falei “Rafa, vamos dar um jeito” aí. Ele não tinha muitas condições, mas não interessa. Eu fui na farmácia e peguei uma caixa de qualquer remédio que tinha acabado, cortei, fiz uma divisória e falei “Rafa, olha só, fala para ele que esse remédio que está aqui, onde tem a fita, é da manhã, o outro é o que ele tem que tomar pela manhã e à noite”. Funcionou muito bem (EQUIPE CINCO BOCAS).

Quando um profissional visualiza um problema, segundo Schön (2007), ele define como a dificuldade será resolvida e as estratégias que utilizará para alcançar os impactos na prática. O profissional precisa entender qual é a sua responsabilidade na ação, suas metas e que estratégias precisa delimitar para gerar impacto na ação com a reflexão. Os conhecimentos técnicos e científicos adquiridos ao longo da graduação influenciam nas tomadas de decisões frente à assistência, desenvolvendo uma postura crítica e reflexiva diante das situações problemas de modo a desenvolver condutas que geram resultados na ação e reflexão da prática assistencial.

No contexto terapêutico, em sua teoria psicobiológica, Wanda Horta correlaciona a importância da segurança física para estabelecer uma condição assertiva ao promover a educação para a saúde do usuário em relação à administração dos medicamentos. Desse modo, trabalha o processo de aprendizagem em relação às orientações estabelecidas pelos profissionais de saúde para o usuário e familiares.

Vieira *et al* (2015, p. 1) afirmam que:

A enfermagem possui, em seu corpo de conhecimentos, cuidados que podem auxiliar a organização do cuidar de um enfermo no domicílio. O processo de cuidar refere-se ao conjunto de ações e comportamentos para favorecer, manter ou melhorar o processo de viver ou morrer, proporcionando ao paciente conforto físico, emocional e espiritual.

Sendo assim, o cuidado no ambiente domiciliar precisa ser proporcionado da melhor forma possível a fim de minimizar riscos em relação à segurança do paciente. A síntese de indicadores de cuidados parte das necessidades do indivíduo e está relacionada com a higiene, padrão alimentar, integridade da pele, segurança do paciente no domicílio, orientações em relação ao uso das medicações conforme prescrição médica, estado emocional do indivíduo que fará parte da prática dos profissionais, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada no domicílio. Desse modo, estão focadas nas necessidades humanas básicas afetadas preconizadas por Wanda Horta.

O produto dessa análise será composto por diagnósticos de enfermagem voltados para atender as necessidades humanas básicas de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

## 5.2 SEGUNDA CATEGORIA: INDICAÇÃO DOS RISCOS NO AMBIENTE DOMICILIAR

O conceito de saúde orienta as práticas de cuidados de cada indivíduo e se correlaciona aos acontecimentos socioeconômico-político-culturais, conseqüentemente com diferenças ao longo do tempo. Por tal motivo, é importante entender quais pensamentos de populações específicas norteiam o cuidar de sua própria saúde. Afinal, quando não se compreende claramente essas práticas, geram-se riscos no ambiente domiciliar.

Sobre esse aspecto, o participante da entrevista exprime o seu pensamento em relação à indicação dos riscos, evidenciando a importância da educação em saúde para o cuidado domiciliar:

A gente chegou a orientar a família sobre a troca do colchão em que ela dormia. Ela não dormia, ela ficava no sofá direto na sala. Então a gente orientou sobre a troca do colchão para colocar um acolchoado – aquela casca de ovo – para ter como a pele respirar (EQUIPE SAINÁ).

De acordo com Schön (2007, p. 16), não é através de soluções técnicas para os problemas que convertamos situações problemáticas em problemas bem definidos. Ao contrário, é através da designação e da concepção que a solução técnica de problemas se torna possível. Orientar é mostrar as conseqüências que o ato incorreto

pode gerar na qualidade de vida do paciente. A necessidade humana básica afetada, nessa fala do participante da equipe, é a psicobiológica, pois resulta na diminuição da integridade física do paciente. A ação da SAE para a melhoria dessa situação seria orientar sobre medidas de segurança, orientar a família sobre prevenção de queda, orientar sobre prevenção de lesão por pressão.

Na prevenção de lesões por pressão, Wanda Horta coloca que a percepção dos órgãos e sentidos é um dos focos das necessidades psicobiológicas. Ela afirma que a valorização da alimentação, hidratação, oxigenação pode melhorar a pele do paciente. No sentido de auxiliar o cuidado efetivo no ambiente domiciliar, o produto dessa pesquisa em formato de aplicativo oferecerá um recurso de esquema de horários de alerta de modo a estabelecer o tempo para a mudança de decúbito, a hidratação da pele, com o objetivo da prevenção das lesões por pressão.

Segundo Gandolfi *et al* (2016, p. 3695), a respeito da melhoria das práticas assistenciais:

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) constitui-se como ferramenta importante, em especial no desenvolvimento de cuidados aos pacientes com maiores necessidades. A realização da SAE revela compromisso com a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente, enriquecendo a prática dos enfermeiros e elevando o desempenho profissional nesse processo. Possibilita ainda ao enfermeiro fortalecer sua autonomia, delimitando a essência de sua prática profissional.

Evidencia-se que a teoria de Wanda Horta se fortalece na proposta da SAE. Isso porque, para atender as necessidades humanas básicas afetadas, é essencial sistematizar o cuidado de forma criteriosa e com planejamento direcionado ao paciente. Donald Schön, com sua teoria da ação-reflexão-ação sobre a prática, avalia se os profissionais envolvidos na proposta do cuidado percebem como está sendo efetivado este cuidado, tendo em vista o atendimento à realidade do usuário e da família em todo o seu contexto de saúde e social.

Wanda Horta, no que tange as necessidades psicobiológicas, traz como foco o ambiente, a locomoção e motilidade, ou seja, a dificuldade de o paciente estabilizar-se em caso de queda. Nesse sentido, um participante relata uma observação da sua prática, refletindo sobre uma situação que lhe chamou a atenção concernente ao conforto e proteção à segurança do paciente:

Esse sofá não era aconselhado por quê? Qualquer movimento que ela desse, ela não tinha segurança. Ela tinha a segurança das costas do sofá, mas na frente não tinha nenhuma (EQUIPE SAINÁ).

A enfermagem ocupa posição de destaque na segurança do paciente pelo conhecimento técnico e científico relacionado à prática de cuidados que visa não somente a assistência, mas liderança, desenvolvimento de estratégias e ações (CAVALCANTE *et al*, 2016).

O profissional tentou orientar em relação à gravidade:

Então, se ela se movimentasse erroneamente, cairia no chão, uma queda pode ocasionar uma fratura. A gente explicava isso também (EQUIPE SAINÁ).

Muitos riscos no ambiente domiciliar são provenientes da falta de informação por parte dos profissionais de saúde em orientar os pacientes e familiares na melhoria do conforto e da segurança do paciente. Existem metas que precisam ser vistas de forma muito criteriosa para não gerar riscos e maiores danos. Uma participante do estudo relata a seguinte questão:

(...) a pessoa é hipertensa e a gente chega lá às vezes umas 10h da manhã, umas 11h e a família ainda não fez essa medicação no paciente. Assim, ela é hipertensa e ela tomou a medicação dela. O paciente que está lá. O familiar. Não tomou a medicação. Aí a gente chega “não tomou a medicação? Por que não tomou a medicação?” (EQUIPE SUL-AMÉRICA).

Uma outra participante mostra que a questão da má administração de medicamentos é um fator muito preocupante na assistência domiciliar, e que também envolve a questão do estatuto do idoso em relação ao abandono. Existe a questão da judicialização da saúde, conforme depoimento a seguir:

Dona Maria Beatriz. Era uma senhora que ela morava numa vila (não sei se ela ainda mora) e ela foi abandonada pela família... Aí ela estava mijada, estava sem tomar os remédios. Acabou indo para um lado que já era mais judicial. Fugia das nossas possibilidades (EQUIPE MINUANOS).

Donald Schön (2007) traz para reflexão a seguinte pergunta: “De que forma suas práticas deveriam refletir o reconhecimento do risco?” Em tais casos, profissionais competentes devem não apenas resolver problemas técnicos através da seleção dos meios apropriados, mas devem, também, conciliar meios de uma situação conflitante que valha a pena resolver.

Segundo Stival e Girão (2016), a judicialização em saúde se depara com um direito de caráter coletivo e individual, pois existe a impossibilidade do poder público de conseguir instituir de forma integralizada o direito à saúde. Por mais que seja dever do estado garantir a saúde do indivíduo e ser direito de todos, existem interesses políticos que impossibilitam esta realidade: “É necessária a atuação do governo para haver a efetivação desse direito a toda população, mas para isso é preciso inserir a carência desse direito na esfera da ação cívica, sindical e política e não na esfera individual de alguns” (STIVAL; GIRÃO, 2016, p.146).

De acordo com Ventura *et al* (2010, p. 84):

A alta intensidade da demanda judicial no âmbito da saúde reflete essa busca de aproximação, ou melhor, de efetividade de um aspecto desse direito, que é o acesso aos meios materiais para seu alcance. No caso do Brasil, o Estado é o principal responsável e cumula deveres legais de proteção da saúde, no âmbito individual e coletivo, e de prover os meios para o cuidado de todos os cidadãos.

A equipe de enfermagem pode contribuir de forma a minimizar abalos emocionais ocasionados pela falta de suporte familiar com escuta, diálogo que tange as necessidades psicossociais e psicoespirituais referenciadas por Wanda Horta. Esses profissionais também têm a responsabilidade de denunciar os maus tratos que porventura detectem no ambiente domiciliar de um idoso.

Donald Schön (2007) trabalha a ação dessa reflexão de escuta ativa ou qualquer outra ação que possa ser positiva na prática da qualidade da assistência. O autor acredita que “podemos refletir sobre a ação, pensando retrospectivamente sobre o que fizemos, de modo a descobrir como nosso ato de conhecer-na-ação pode ter contribuído para um resultado inesperado” (SCHÖN, 2007, p. 32).

Outro aspecto passível de ocorrer na prática pesquisada são os eventos adversos. Segundo o estudo de Gomes *et al* (2017, p. 147):

Os eventos adversos (EA) são incidentes passíveis de ocorrer durante a prestação do cuidado à saúde e que resultam em dano ao paciente, os quais podem ser de natureza física, social e/ou psicológica, o que inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte.

A segurança do paciente visa proporcionar métodos que não causem danos ou riscos que possam levar o indivíduo à morte. A equipe de saúde da família tem por objetivo orientar o indivíduo e os familiares sobre esses riscos, como, por exemplo, a

forma correta de manipulação e administração de medicamentos, para reduzir os riscos no domicílio. No entanto, alguns idosos residem sozinhos e estão vulneráveis a riscos diversos.

Sobre o risco de queda, uma participante relata uma situação em relação a esse problema:

Dona Ana também mora sozinha. Ela caiu. Caiu 1h e meia da manhã e ficou até 8h da manhã pedindo socorro. Um senhor que passou na rua escutou ela gritando e perguntou – “o que que está havendo?” e ela – “pelo amor de Deus, me socorre! Me socorre!”. Ele foi e entrou, chamaram a SAMU, levaram ela (EQUIPE MINUANOS).

A segurança do paciente precisa ser vista com relevância para a redução dos riscos e danos desnecessários associados à assistência no domicílio. Em saúde, nenhum risco deve ser aceito relacionado à segurança do paciente, seja em qualquer aspecto tendo em vista que existem formas evitáveis para minimização ou redução de danos. Porém, a situação de vulnerabilidade do idoso sozinho se torna um desafio para a equipe de saúde, pois as ações de saúde não são realizadas a todo tempo, compondo, portanto, uma necessidade de cuidado que nem sempre é possível oferecer.

Sobre a questão da segurança, obtivemos outro relato de uma participante em relação ao risco de queda devido à disposição dos móveis no ambiente domiciliar:

Eu falo: “Mãe, pode acontecer isso.” E ela “Isso não vai acontecer, minha filha. Eu tenho fé em Deus.” “Não é questão de fé, mãe. É questão de logística, que o seu trajeto aqui está dificultoso por conta desse móvel que está no meio do caminho” (EQUIPE 5 BOCAS).

Siman, Cunha e Brito (2017, p. 1017) afirmam:

Nesse sentido, em virtude da função ocupada pelo enfermeiro em relação ao paciente, este profissional pode evitar erros ao tomar decisões assertivas de cuidados, além de assumir papel de liderança na promoção da utilização de evidências para promover a segurança e qualidade do cuidado.

Nesse sentido, além de ressaltar a necessidade da educação em saúde e para nortear a avaliação do risco de queda, será inserido a Escala de Morse, que consiste em escores para definir qual a potencialidade do paciente cair. O aplicativo possuirá a escala em questão.

**Figura 5** – Mapa conceitual da análise dos dados.



Fonte: Criada pela autora com base na oficina com os participantes, 2019.

### 5.3 O PRODUTO (EDUCAÇÃO PERMANENTE: ESTRATÉGIA DE CUIDADO AO PACIENTE ACAMADO NO DOMICÍLIO): CONSTRUÇÃO DE UM APLICATIVO PARA CELULAR

A educação deve ser valorizada como um trabalho de coletividade e valorização das vivências de cada um, tendo por fim a busca constante de novos instrumentos para o trabalho. Dessa forma, a educação visa o movimento de reconstrução do conhecimento do indivíduo de forma personalizada. O indivíduo, para promover a educação de forma eficiente, precisa de autonomia intelectual, ser transformador da realidade, pensamento crítico e reflexivo para as práticas de saúde, valorizando suas potencialidades (AZEVEDO *et al*, 2015).

De acordo com Lavich *et al* (2017), a EP pode transformar o processo de trabalho com repercussão na vida do usuário na perspectiva da educação, ampliando a construção de espaços coletivos que envolvem reflexão e avaliação das ações produzidas no processo de trabalho da equipe. Propôs-se buscar métodos de uma reflexão crítica em relação às práticas de serviço com a prática educativa associada ao trabalho que desenvolve transformando os processos de trabalhos nas atitudes e na organização dos profissionais da equipe. Tal proposta possibilita a transformação

do processo de organização da atenção, um cuidado mais humanizado, articulação entre as equipes visando o benefício dos usuários.

Nesse contexto, tornou-se relevante a correlação entre os serviços de saúde com as instituições de ensino. A aproximação dos profissionais da assistência com o mundo acadêmico desenvolve o interesse pela busca do conhecimento com visão no aprimoramento da qualidade da assistência entre os profissionais.

A proposta da educação permanente busca valorizar o saber e o fazer dos profissionais de saúde com a participação dos usuários na interação e intervenção em relação às práticas de saúde, com base na aprendizagem e na transformação dos profissionais envolvidos nas práticas assistenciais. As bases teóricas que constituem a EP são autonomia, cidadania, resolutividade e cuidado holístico. A oficina de educação permanente visa melhorar continuamente a assistência dos profissionais de saúde em relação aos usuários, seja no domicílio ou na própria unidade de saúde.

A educação permanente constitui alternativas viáveis para mudanças no ambiente de trabalho com o objetivo de desenvolver formas diferenciadas de educar e aprender através de técnicas e treinamentos específicos, estimulando a participação dos atores envolvidos no processo e com a estimulação do pensamento crítico e reflexivo. Portanto, a educação permanente visa transformar as práticas profissionais dos trabalhadores por meio de respostas construídas através de reflexões da sua própria prática (SARDINHA PEIXOTO *et al*, 2013).

Lavich *et al* (2017, p. 2) reforçam que:

A EPS foi criada e implementada como Política, em conformidade com a Constituição Federal, Portaria Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, pelo Ministério da Saúde (MS). Com isso, a EPS se tornou uma possibilidade para o enfermeiro desenvolver suas competências relacionadas a sua atuação profissional de maneira qualificada, frente a complexidade de seu trabalho.

Na oficina de educação permanente realizada para entrevista na Clínica da Família, tivemos à disposição um auditório com cadeiras, mesa de reunião e lousa. Houve dez participantes, incluindo uma enfermeira, um técnico de enfermagem, sete agentes comunitários e uma técnica de higiene bucal. Os participantes estavam bem receptivos em relação à proposta do estudo, em que foram explicados claramente pela entrevistadora os reais objetivos da pesquisa. Foi lançada uma questão geradora

sobre a segurança do paciente acamado no âmbito domiciliar, o que gerou diversos relatos bastante relevantes sobre a temática em questão.

Com essa oficina, consolidou-se a proposta da criação do produto que visa implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem para assistência domiciliar ao paciente acamado.

Foi construído um mapa conceitual juntamente com os participantes a partir dos problemas mais comuns ocorridos no domicílio expostos pelo grupo focal. Observou-se que existe falta de orientação por partes dos profissionais em algumas situações e, também, ocorrem algumas mistificações em determinadas condutas em relação à saúde do paciente por parte da família. A seguir, apresentamos o instrumento, contendo os aspectos mencionados.

A elaboração da veiculação do produto consiste em três fases. A fase 1 envolve a confecção do instrumento de registro com base na Sistematização da Assistência de Enfermagem CIPE e nas recomendações para anotações de enfermagem do COFEN.

Garcia (2015) refere que alguns diagnósticos de enfermagem baseados na CIPE foram detectados na fase da coleta de dados e serão inseridos no produto que norteará a equipe de saúde:

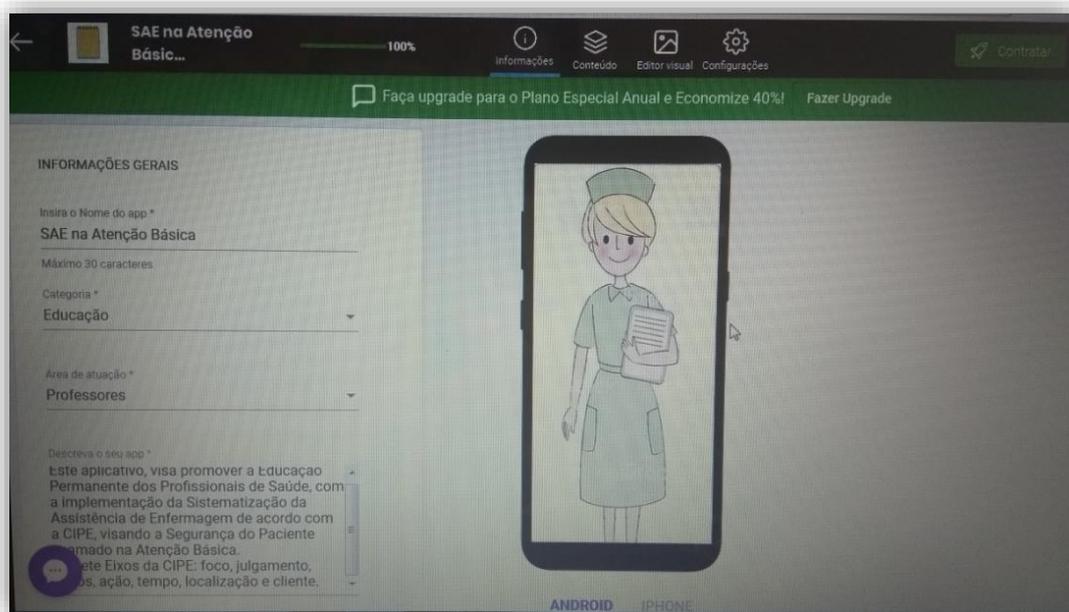
- Falta de apoio familiar;
- Risco de lesão por pressão;
- Falta de conhecimento sobre medida de segurança;
- Comunicação verbal prejudicada;
- Integridade da pele prejudicada;
- Falta de conhecimento sobre medicação;
- Risco de quedas;
- Abandono;
- Adesão de precaução de segurança;
- Condição nutricional prejudicada;
- Déficit de autocuidado;
- Conhecimento sobre regime medicamentoso.

Na fase 2, temos a transposição dos instrumentos elaborados de forma física para o meio eletrônico, incorporando-os a um aplicativo para celulares, com plataforma compatível aos sistemas *Android* e *IOS*.

No aplicativo, é abordada uma breve explicação da proposta do programa, a importância da atuação do enfermeiro na atenção básica, uma abordagem sucinta sobre a segurança do paciente, a descrição de todas as etapas do Processo de Enfermagem e a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

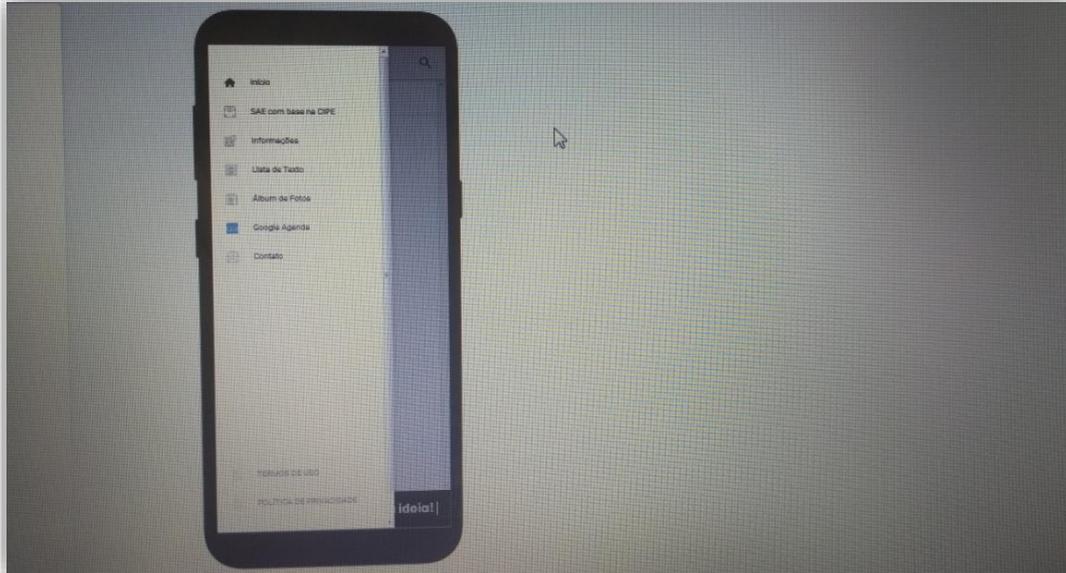
As fotos de cada etapa da construção do aplicativo estão expostas nas figuras 6 a 13.

**Figura 6** – Tela inicial de abertura do aplicativo.



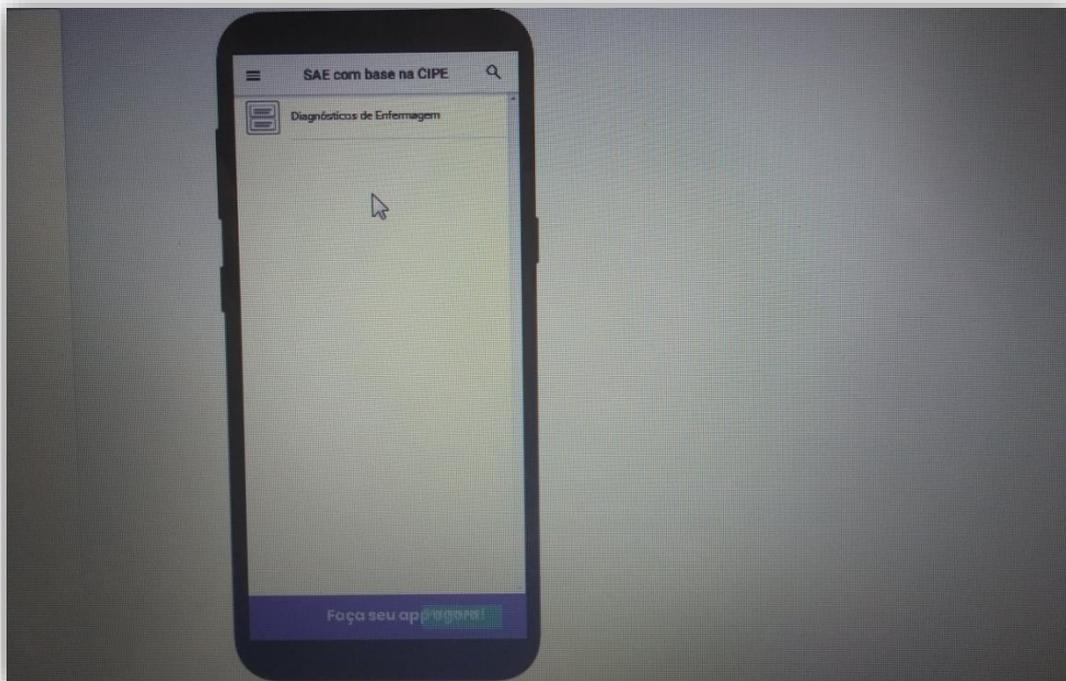
Fonte: Produzida pela autora, 2019.

**Figura 7** – Abas de acesso ao aplicativo.



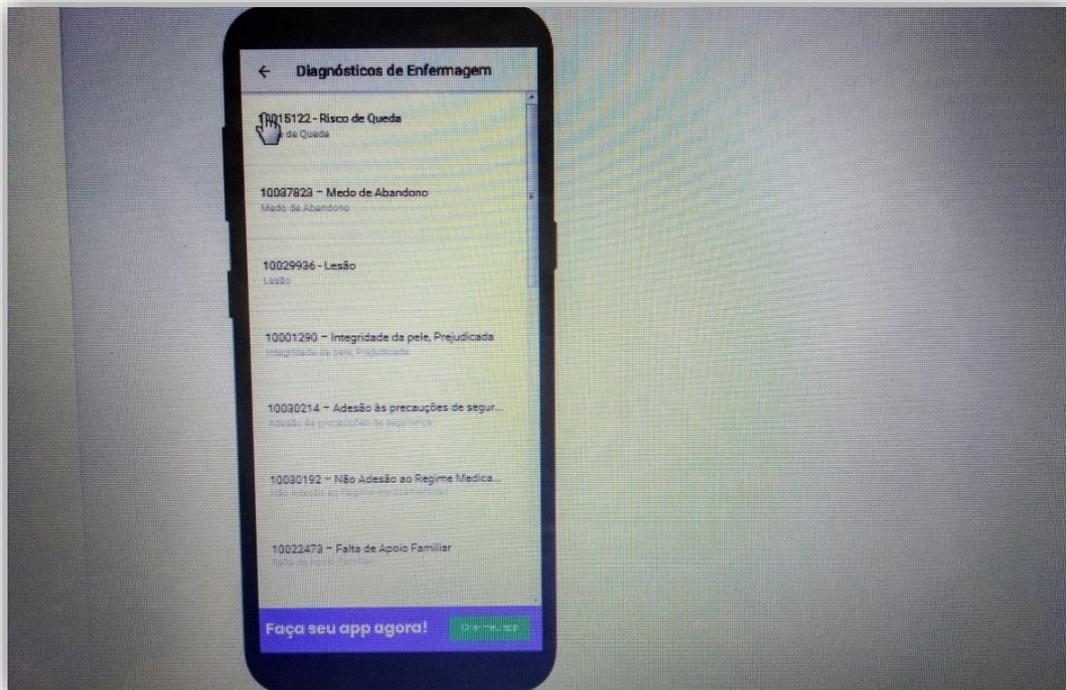
Fonte: Produzida pela autora, 2019.

**Figura 8** – Aba dos diagnósticos de enfermagem.



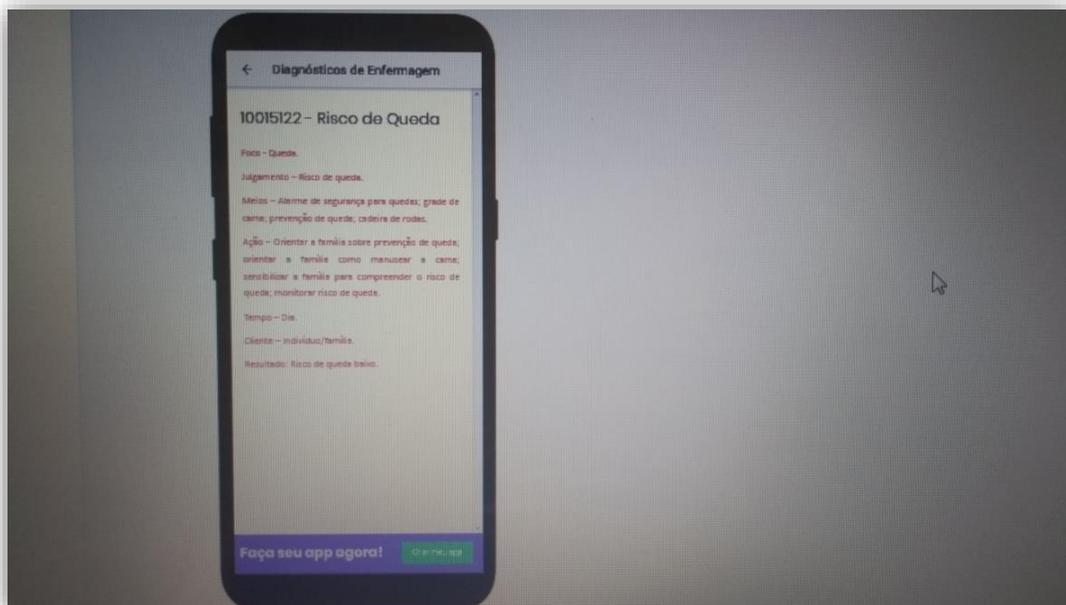
Fonte: Produzida pela autora, 2019.

**Figura 9** – Diagnósticos de enfermagem.



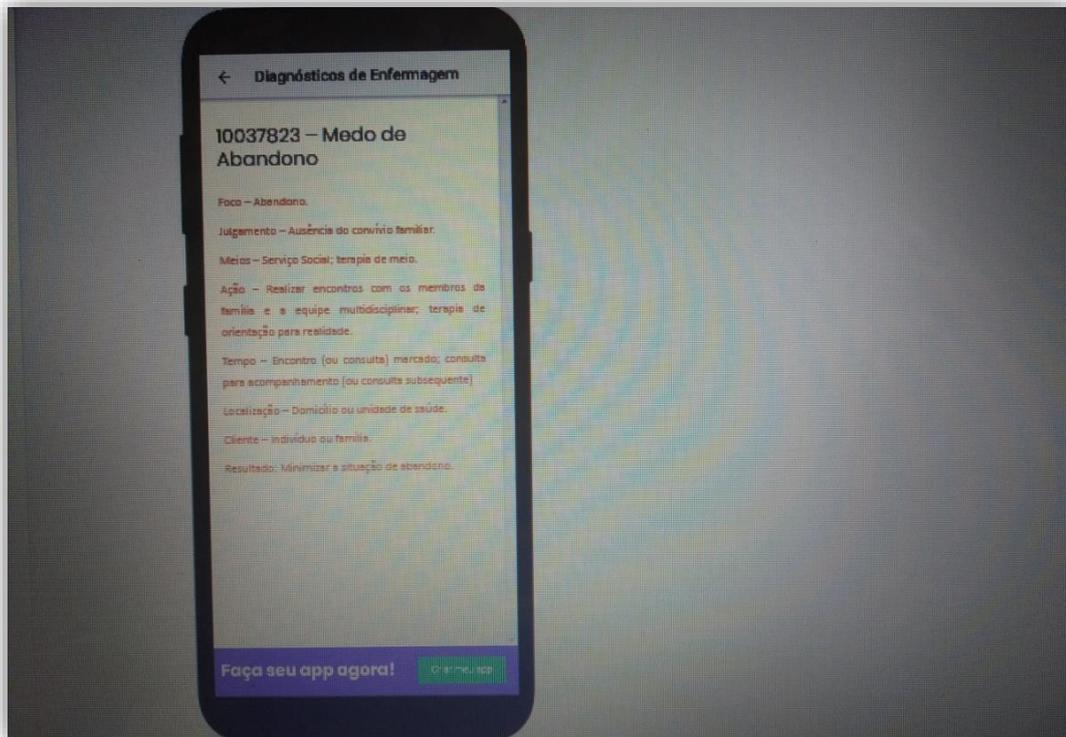
Fonte: Produzida pela autora, 2019.

**Figura 10** – Diagnóstico de enfermagem com os sete eixos da CIPE.



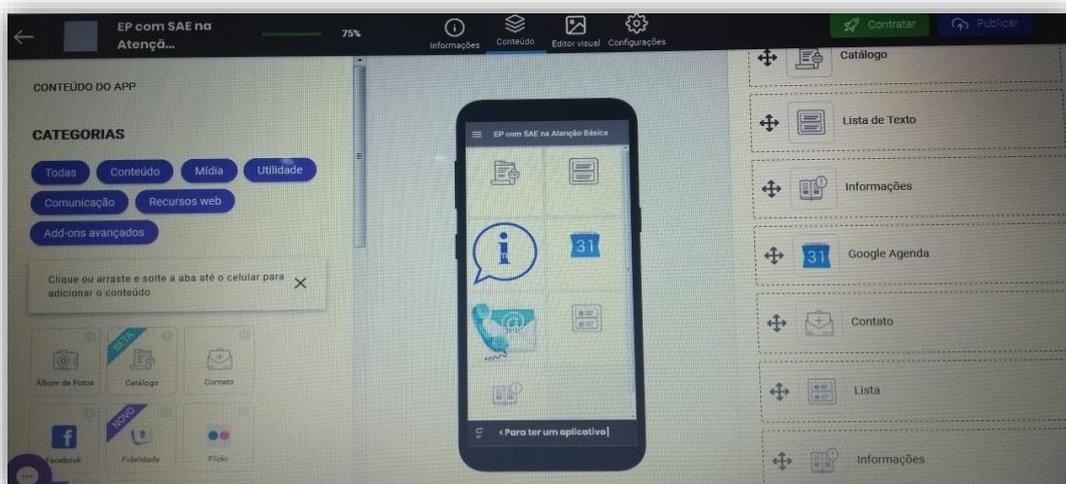
Fonte: Produzida pela autora, 2019.

**Figura 11** – Diagnóstico de enfermagem com os sete eixos da CIPE.



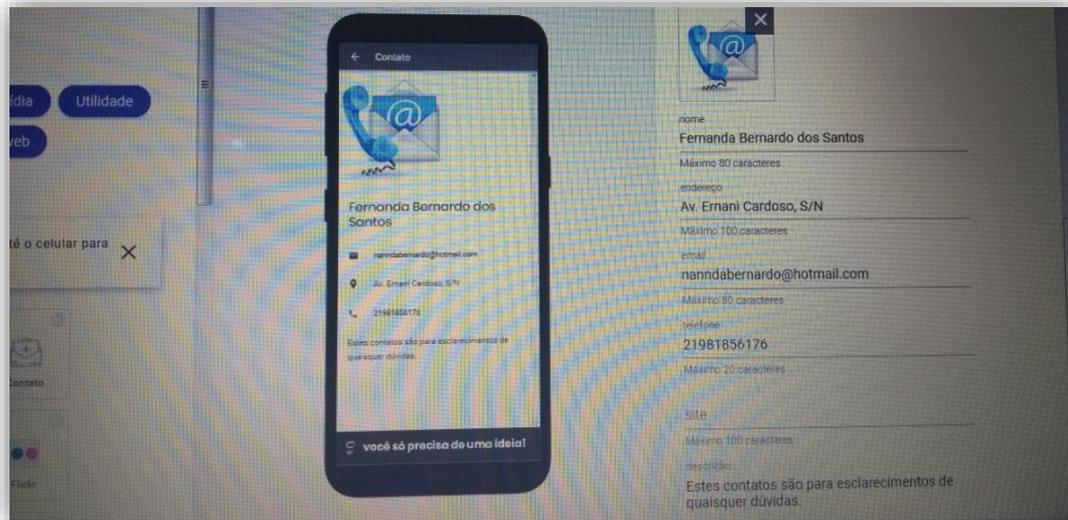
Fonte: Produzida pela autora, 2019.

**Figura 12** – Tela do aplicativo por ícones.



Fonte: Produzida pela autora, 2019.

**Figura 13** – Contato da criadora do aplicativo para esclarecimento de dúvidas.



Fonte: Produzida pela autora, 2019.

#### 5.4 TESTE DO APLICATIVO PELOS PROFISSIONAIS.

A fase do pré-teste foi realizada com alguns profissionais, como enfermeiros e técnicos de enfermagem, em que tiveram acesso a todas as partes do aplicativo e julgaram o produto aplicável na prática para nortear a sistematização da assistência de enfermagem ao paciente acamado no domicílio. Como pesquisadora, questionei se haveria a necessidade de alguma alteração ou inclusão no aplicativo para tornar ainda melhor a sua aplicabilidade. Não houve nenhuma solicitação de mudança. Alguns enfermeiros relataram que puderam compreender melhor os eixos da CIPE através do aplicativo.

A importância do bem-estar e da segurança do paciente acamado no domicílio foi bem reforçada e clara como discurso de todos os participantes, assim como a consciência de sua função e responsabilidades em relação ao paciente. As teorias de Wanda Horta e Donald Schön entrelaçaram a valorização das necessidades humanas básicas afetadas e a importância de o profissional colocar ação e reflexão na prática assistencial.

A importância de orientar e fazer a família participar do processo da segurança do paciente quando se tinha acesso aos familiares foi bastante evidenciado nas

entrevistas. Reforçou-se, ainda, sobre a necessidade de fazer com que o familiar saiba de suas responsabilidades também em relação ao bem-estar do paciente acamado.

## 6. CONCLUSÃO

Com a pesquisa realizada sobre a segurança do paciente, a sistematização da assistência de enfermagem e a educação permanente, através da pesquisa de campo com a oficina de Educação Permanente, foram identificados problemas potenciais no domicílio do paciente acamado. Desse modo, pode concluir que mudanças são pertinentes de serem realizadas para a melhoria da qualidade do serviço. A partir da descrição das dificuldades que a equipe multidisciplinar encontrou para estabelecer uma assistência integralizada ao paciente idoso acamado, elaborei uma oficina de Educação Permanente visando a sistematização da assistência de enfermagem.

Acredito que a aplicabilidade adequada para apresentação da educação em saúde é fundamental para o entendimento e a solidificação das informações por parte dos profissionais e com o intuito de oferecer uma assistência de qualidade no âmbito domiciliar ao paciente acamado. Essas informações precisam ser claras e concisas para facilitar as melhores condições de assistência a esse grupo.

Existem fatores que estão relacionados ao estado de saúde das pessoas, tais como: o nível de desenvolvimento social e econômico do país, a infraestrutura existente, as condições de saneamento básico, de moradia e de trabalho; a afetividade, a sexualidade e a diversidade cultural; o grau de desigualdade de renda, entre outros que afetam o processo de saúde e doença.

A família junto à equipe de saúde precisa estar conectada em todos os processos. Ela precisa entender que a terapêutica não está somente voltada para o tratamento medicamentoso, que as simples ações do cotidiano, como o padrão alimentar, a hidratação, a higiene, a integridade física, até os laços afetivos, como o amor, são fundamentais para se ter uma melhor condição de vida. Esses processos sistematizados pelo enfermeiro e orientados pela equipe de saúde são importantes e desafiadores no processo do cuidar.

A pesquisa alcançou o objetivo de identificar os riscos relacionados à segurança do paciente acamado no domicílio de acordo com as falas dos participantes que prestam cuidados diretamente aos usuários. Riscos relacionados à integridade da pele, riscos de quedas, abandono, potenciais riscos vinculados à administração de medicamentos, conflitos familiares entre outros. Diante de tal contexto, foi possível

evidenciar as dificuldades encontradas pela equipe multidisciplinar para estabelecer uma assistência de qualidade com foco na segurança do paciente.

O objetivo de estabelecer estratégias de educação permanente visando a sistematização da assistência de enfermagem para nortear intervenções no domicílio para a segurança do paciente foi alcançado. O produto em questão foi implementado, o aplicativo de celular visou padronizar a qualidade da assistência ao paciente acamado no domicílio de forma holística e, certamente, contribuirá para os profissionais e a academia como uma ferramenta dinâmica, interativa e norteadora.

## 7. REFERÊNCIAS

AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. **Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Vanda Horta**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 54-64, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/07.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

AZEVEDO, I. C. *et al.* **Educação Continuada em Enfermagem no Âmbito da Educação Permanente em Saúde**: revisão integrativa de literatura. Saúde e Pesquisa, Maringá (PR), v. 8, n. 1, p. 131-140, jan./abr. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3275/2563>>. Acesso em: 20 out. 2018.

BARROS, A.L.B.L. *et al.* **Anamnese e Exame Físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BOEHS, A. E. **Análise dos Conceitos de Negociação/Acomodação/da Teoria de M. Leininger**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p.90-96, jan./fev. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n1/7777.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. **Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527\\_27\\_10\\_2011\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011_comp.html)>. Acesso em: 12 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução de Diretoria Colegiada – DC nº 36, de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC\\_36\\_2013\\_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e)>. Acesso em: 09 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em 11: nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRENDAN, T. **Definição e validação dos termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva**. 2009. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

CAMPEDELLI, M.C. **Atuação da enfermagem em geriatria e gerontologia.** Rev. Paul. Hosp., v. 31, n. 9/10, p. 198-200, 1983. Disponível em: endereço eletrônico <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692000000100011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000100011)>. Acesso em: 17 ago. 2019.

CAVALVANTE, A. K. C. B. *et al.* **Cultura de Segurança na Percepção da Enfermagem:** revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFPE Online, Recife, v. 10, n. 10, p. 3890-3897, out. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11457/13285>>. Acesso em: 10 set. 2018.

CHAVES, L. D.; SOLAI, C. A. **Sistematização da Assistência de Enfermagem:** considerações teóricas e aplicabilidade. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.** Brasília, DF, 2009. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 16 nov. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 564/2017. **Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html)>. Acesso em: 13 jun. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 1.133/2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.** Diário Oficial da União, Brasília, 3 de outubro de 2001. Seção 1E, p. 131.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília, DF, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 20 set. 2018.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública.** São Paulo: Yendis, 2005.

FLORÊNCIO, M. **Wanda Aguiar Horta:** Teoria das Necessidades Humanas Básicas. 2009. Disponível em: <<http://enfermagem-sae.blogspot.com/2009/03/wanda-de-aguiar-horta-teoria>>. Acesso em: 15 de dez. 2017.

FONSECA, A.S.; PETERLINI, F.L.; COSTA, D.A. **Segurança do Paciente.** São Paulo: Martinari, 2014.

GANDOLFI, M. *et al.* **Sistematização da Assistência de Enfermagem:** da teoria ao cuidado integral. Revista de Enfermagem UFPE Online, Recife, v. 10, Supl. 4, p.3694-3703, set. 2016. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11146/12653>>. Acesso em: 02 jan. 2018.

GARCIA, T.R. **Classificação Internacional para Prática de Enfermagem: aplicação à Realidade Brasileira**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

GOMES, A. T. S. *et al.* **A Segurança do Paciente nos Caminhos Percorridos pela Enfermagem Brasileira**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 70, n. 1, p. 146-154, jan./fev. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0146.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

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

IABAS. INSTITUTO DE ATENÇÃO BÁSICA E AVANÇADA A SAÚDE. **Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso – PADI**. 2011. Disponível em: <<http://www.iabas.org.br/IABAS-V0/padi/padi.html>>. Acesso em: 16 ago. 2019.

LAVICH, C.R.P. *et al.* **Ações de Educação Permanente dos Enfermeiros Facilitadores de um Núcleo de Educação em Enfermagem**. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 38, n. 1, e62261, mar. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-144720170162261.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2018

LEOPARDI, M.T. **Teorias e Método em Assistência de Enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 9394/96. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm)>, acesso em: 17 ago. 2019.

MALUCELLI, A. *et al.* **Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 63, n. 4, p. 629-636, jul./ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/20.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2017.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

PERÃO, F.O. *et al.* **Segurança do Paciente em Unidade de Terapia Intensiva de Acordo com a Teoria de Wanda Horta**. Revista Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 22, n. 3, e45657, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45657/pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

PERES, A.I.; CIAMPONE, M. H. P. **Gerência e Competências Gerais do Enfermeiro**. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-499, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a15.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2018.

PIRES, V.M.M.M.; RODRIGUES, V.P.; NASCIMENTO, M.A.A. **Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família**. Revista de Enfermagem da UERJ,

Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 622-627, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a20.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2018.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO 2010. **Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso – PADI**. 2010. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/padi>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

SARDINHA PEIXOTO, L. *et al.* **Educación Permanente, continuada y de servicio**: desvelando sus conceptos. Enfermería Global, Murcia, v. 12, n. 29, p. 307-322, jan. 2013. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt\\_revision1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf)>. Acesso em: 04 jun. 2018.

SCHÖN, D. **Educando o profissional reflexivo**: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Artmed: Porto Alegre, 2007.

SILVA, E.G.C.; *et al.* **O conhecimento do Enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem**: da teoria à prática. Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1380-1386, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a15.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2017

SILVA, C.T. *et al.* **Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar**: estudo de caso. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 49-54, set. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n3/pt\\_1983-1447-rgenf-35-03-00049.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n3/pt_1983-1447-rgenf-35-03-00049.pdf)>. Acesso em: 05 abr. 2017.

SILVEIRA, S.; SILVA, K.C.; HERTEL, V. L. **Sistematização da Assistência de Enfermagem na Saúde da Família**: Percepção dos Acadêmicos de Enfermagem. Revista de Enfermagem UFPE Online, Recife, v. 10, n. 11, p. 3892-3900, nov. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11470/13312>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

SIMAN, A.G.; CUNHA, S. G.S.; BRITO, M.J.M. **Ações de Enfermagem para Segurança do Paciente em Hospitais**: Revisão Integrativa. Revista de Enfermagem UFPE Online, Recife, v. 11, Supl. 2, p. 1016-1024, fev. 2017. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/78c8/ee7bc782d1a76d907ef3188c6873cae50cbf.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2017.

STIVAL, S. L. M.; GIRÃO, F. **A Judicialização de Saúde: breves comentários**. Caderno Ibero-Americanos de Direito Sanitário, Brasília, v. 5, n. 2, p. 141-158, abr./jun. 2016. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/285/388>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

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

TRENTINI, M.; BELTRAME, V. **A Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) levada ao real campo de ação da Enfermagem**. Cogitare Enferm, v.11, n,2, p.156-160, 2006.

UBALDO, I; MATOS, E.; SALUM, N.C. **Diagnóstico de Enfermagem da NANDA I com Base nos Problemas segundo Teoria de Wanda Horta**. Revista Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 20, n. 4, p. 687-694, out./dez. 2015. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40468>>. Acesso em: 30 out. 2018.

VALENTE, G. S. C. **A Reflexividade na Prática Docente da Graduação em Enfermagem**: nexos com a formação permanente do enfermeiro-professor.2009. 180f.Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.

VENTURA, M. *et al.* **Judicialização da Saúde, acesso à Justiça e a Efetividade do Direito à Saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n1/a06v20n1.pdf>>. Acesso em 30: maio de 2017.

VIEIRA, H. F. *et al.* **Assistência de Enfermagem ao paciente acamado em domicílio**: uma revisão sistemática. FIEP Bulletin, Paraná, v. 85, n. 2, p. 478-486, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/download/85.a2.60/10671>>. Acesso em: 03 jun. 2018.

WITT, R. R.; ALMEIDA, M. C. P.; ARAÚJO, V.; **Competências da Enfermeira na Rede Básica**: referencial para atenção à saúde. Online Brazilian Journal of Nursing, v. 5, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/546/124>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

## **8. APÊNDICES**

### **8.1 APÊNDICE A – ROTEIRO DA OFICINA**

#### **Introdução:**

As oficinas são momentos educativos que visam aplicar conteúdos diversos, de modo a facilitar o processo de aprendizagem dos indivíduos. Possui algumas características que devem ser destacadas. Apresenta-se algumas características que definem uma oficina:

- Baseia-se na vivência – valoriza e têm como conteúdo as relações sociais, a história de vida e o imaginário pessoal, familiar e social, os desejos, os valores, os sentimentos, as expectativas daquele grupo, propõe trocas de experiência;
- Funciona com participação – as pessoas falam, ouvem, realizam tarefas, propõem;
- Estimula a relação interpessoal – as pessoas trabalham em equipe; contribuem mutuamente, respeitam as diferenças;
- Promove a reflexão – as pessoas constroem e desconstroem definições, conceitos, valores, referências, experiências.

#### **Objetivo da oficina:**

- Identificar os tipos de riscos relacionados à segurança que os pacientes acamados estão mais expostos em seu domicílio.
- Descrever as dificuldades que a equipe multidisciplinar de Atenção Básica encontra para proporcionar a segurança do paciente acamado de forma efetiva em seu domicílio.
- Elaborar com a equipe de Atenção Básica através de oficinas de Educação Permanente a Sistematização da Assistência de Enfermagem em relação à segurança do paciente domiciliar.

**Participantes da pesquisa:** Profissionais de saúde.

**Número de participantes:** 10.

**Espaço físico da oficina:** Sala de reunião da Clínica da Família.

**Duração da oficina:** 1 hora.

**Metodologia:**

A metodologia convergente-assistencial aglomera diferentes processos, estratégias e técnicas destinadas a obter informações para a pesquisa convergente-assistencial de enfermagem.

Para esse fim, será tomado como ponto de partida uma pergunta geradora no intuito de saber quais são as dificuldades encontradas pela equipe em relação à segurança do paciente acamado no domicílio. A seguir, será formulada uma situação-problema pelo grupo com o auxílio da pesquisadora para posterior debate no sentido de identificar os riscos à segurança do paciente e as dificuldades encontradas. As respostas serão gravadas em arquivo digital (*MP3 Player*) com autorização do participante e, posteriormente, transcritas na íntegra. O conteúdo gravado será mantido até um ano e, depois, será descartado do computador.

A partir de então, será elaborado um mapa conceitual com as principais dificuldades apresentadas pelos participantes, seguida de articulação com os riscos mencionados. Desse modo, serão traçados os aspectos relacionados à Sistematização da Assistência de Enfermagem para a segurança do paciente acamado no domicílio. Esses passos serão realizados pelo próprio grupo, com a coordenação da pesquisadora.

Os referidos aspectos da SAE serão elaborados pelo grupo, visando estratégias de atenção à saúde do paciente.

**Materiais Necessários:**

- Espaço físico (sala de aula);
- Folha de presença;
- Folhas de papel pardo;
- *Pilots*;
- Folhas de papel ofício;
- Canetas.

## 8.2 APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

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

Eu, Fernanda Bernardo dos Santos, mestranda do Programa de Mestrado Profissional de Ensino na Saúde, da EEAAC-UFF, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Pós Dra. Geilsa Soraia Cavalcanti Valente, venho convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “Educação Permanente Visando a Sistematização da Assistência de Enfermagem para Segurança do Paciente na Atenção Básica”.

A sua participação é voluntária. Esta investigação tem por objetivos: compreender as implicações da imagem da Enfermagem pela sociedade no processo de decisão profissional do acadêmico, identificar a concepção dos graduandos de Enfermagem quanto às influências da configuração identitária da profissão e analisar como a concepção sobre a identidade social da Enfermagem repercute no processo de decisão profissional do acadêmico.

Para tanto, será feita uma pergunta que deverá ser respondida pelo Sr./Sra. E salienta-se que os participantes não serão identificados com seu nome e, portanto, serão utilizados pseudônimos, tornando a resposta confidencial, mantendo-se o sigilo, assegurando o anonimato e os dados estarão sob a nossa responsabilidade. O Sr./Sra. terá o tempo aproximado de 50 minutos para respondê-lo no seu ambiente profissional, reduzindo quaisquer desconfortos. Riscos associados ou potenciais danos são mínimos uma vez que a coleta de dados se trata de responder instrumento de coleta impresso, mas podendo gerar riscos psicológicos. Nesse caso, será encaminhado pela pesquisadora para o serviço de psicologia. No que se refere aos benefícios esperados, são relacionados a maior compreensão da natureza do cuidado ao idoso no âmbito domiciliar e características deste cuidado pelo profissional e conseguinte adequação de processos de ensino-aprendizagem a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem; bem como para o idoso e seus cuidadores, o estudo beneficiará por oferecer possibilidades de autocuidado.

O conteúdo do questionário será utilizado apenas para a realização do estudo, podendo os resultados ser apresentados em eventos e publicados em revistas científicas. Reitero que a participação dos colaboradores do estudo será totalmente

voluntária, podendo os mesmos se retirarem a qualquer momento que desejarem, sem qualquer penalização.

Segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido.

Desde já agradeço a atenção e, com finalidade de sanar eventuais dúvidas, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa. Meu telefone para contato é (021) 981856176 e meu endereço eletrônico é: nanndabernardo@hotmail.com.

Os participantes de pesquisa e comunidade em geral poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações: E-mail: [etica@vm.uff.br](mailto:etica@vm.uff.br), Tel./fax: (21) 2629918; ou o Comitê de Ética da Secretária Municipal de Saúde; e-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br), Endereço: Rua Evaristo da Veiga, nº 16, 4º andar, Centro – Rio de Janeiro. Tel. (21) 22151485.

O documento será disponibilizado em duas vias, ficando uma delas com o colaborador e a outra com a pesquisadora.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEP leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEP procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP FM/UFF), por *e-mail* ou telefone, de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00 horas.

*E-mail:* [etica@vm.uff.br](mailto:etica@vm.uff.br)

Tel./fax: (21) 26299189.

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Data: Niterói, \_\_\_\_\_ de 2018.

## 9. ANEXOS

### 9.1 PARECERES CONSUBSTANCIADOS DOS CEP



UFF - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO  
PEDRO / FACULDADE DE



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Educação Permanente Visando a Sistematização da Assistência de Enfermagem para Segurança do Paciente na Atenção Básica.

**Pesquisador:** Fernanda Bernardo dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 87446418.7.0000.5243

**Instituição Proponente:** Mestrado Profissional de Ensino na Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.770.360

##### Apresentação do Projeto:

Terceira versão do projeto.

Pesquisa de financiamento próprio vinculada ao mestrado profissional de ensino em saúde.

Local: unidade de saúde da família do município do Rio de Janeiro.

Métodos e análise: Pesquisa qualitativa exploratória por meio de Grupo Focal (técnica de oficina de Educação Permanente, segundo a pesquisadora) questionário semiestruturado e observação participante. Análise mobilizando-se Bardin (Análise de Conteúdo).

Participantes: 10 profissionais da Clínica da Família que serão sujeitos a entrevistas.

Critérios de inclusão: profissionais da clínica de família da cidade do Rio de Janeiro que exerçam cuidados direcionados ao paciente que queiram contribuir para o ensino e pesquisa.

Critérios de exclusão: profissionais da clínica de família da cidade do Rio de Janeiro de licença.

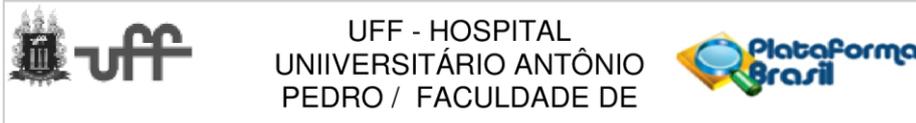
Procedimentos de recrutamento: oficinas sobre a identificação de riscos relacionados à segurança que os pacientes acamados podem estar expostos, dentre outros objetivos.

##### Objetivo da Pesquisa:

Primário:

•Identificar os tipos de riscos relacionados à segurança que os pacientes acamados estão mais

**Endereço:** Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar ( Prédio Anexo )  
**Bairro:** Centro **CEP:** 24.033-900  
**UF:** RJ **Município:** NITEROI  
**Telefone:** (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br



Continuação do Parecer: 2.770.360

expostos em seu domicílio.

•Descrever as dificuldades que a equipe multidisciplinar de Atenção Básica encontra para proporcionar a segurança do paciente acamado de forma efetiva em seu domicílio.

Secundários:

•Elaborar com a equipe de Atenção Básica através de oficinas de Educação Permanente a Sistematização da Assistência de Enfermagem em relação a segurança do paciente domiciliar.

•Desenvolver, um aplicativo para celulares, com vistas a subsidiar os profissionais nas ações de enfermagem a pacientes em assistência domiciliar, com base na sistematização da assistência para a segurança do paciente.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos associados ou potenciais danos são mínimos, uma vez que a coleta de dados se trata de responder instrumento de coleta impresso, mas podendo gerar riscos emocionais ou psicológicos, inclusive aqueles relacionados a relações de poder. Neste caso, o participante será encaminhado pela pesquisadora para o serviço de psicologia.

Benefícios:

No que se refere aos benefícios esperados, são relacionados a maior compreensão da natureza do cuidado ao idoso no âmbito domiciliar e características deste cuidado pelo profissional e conseguinte adequação de processos de ensino-aprendizagem, a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem; bem como para o idoso e seus cuidadores, o estudo beneficiará, por oferecer possibilidades de autocuidado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Terceira versão de projeto cujo objetivo está em analisar a interface da Educação Permanente em Saúde com a percepção e análise de riscos relacionados à segurança dos pacientes acamados em seus domicílios. Para isso as pesquisadoras realizarão oficinas sobre tais riscos em uma equipe de saúde da família (Clínica da Família) na cidade do Rio de Janeiro. Elas recrutarão nas oficinas 10 participantes que serão entrevistados abertamente (inferência da relatoria). Os riscos são mínimos de ordem do desconforto psicológico que em tais casos a medida protetiva será o encaminhamento ao psicólogo. Não há benefícios diretos aos participantes, mas indiretos pelo desenvolvimento de material de registro com base na Sistematização da Assistência de

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar ( Prédio Anexo )  
 Bairro: Centro CEP: 24.033-900  
 UF: RJ Município: NITEROI  
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br



UFF - HOSPITAL  
UNIIVERSITÁRIO ANTÔNIO  
PEDRO / FACULDADE DE



Continuação do Parecer: 2.770.360

Enfermagem CIPE; após elas proporão um aplicativo. O TCLE foi corrigido pelas pesquisadoras. Há potencial benefício acadêmico e social que justificam a realização da pesquisa.

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

Folha de rosto: OK;  
Anuências: OK;  
TCLE: OK;  
Cronograma: OK;  
Orçamento: OK.

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

O Colegiado do CEP/UFF recomenda a aprovação do projeto com base nas alterações realizadas pelas pesquisadoras e subsidiado pelas resoluções 466/12 e 510/16.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1093811.pdf	05/07/2018 13:44:48		Aceito
Outros	Roteiro.pdf	05/07/2018 13:40:16	Fernanda Bernardo dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	05/07/2018 13:36:31	Fernanda Bernardo dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/07/2018 13:25:01	Fernanda Bernardo dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaB.pdf	10/04/2018 17:00:03	Fernanda Bernardo dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaA.pdf	10/04/2018 16:59:26	Fernanda Bernardo dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	10/04/2018 16:55:21	Fernanda Bernardo dos Santos	Aceito

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar ( Prédio Anexo )  
Bairro: Centro CEP: 24.033-900  
UF: RJ Município: NITEROI  
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br



UFF - HOSPITAL  
UNIIVERSITÁRIO ANTÔNIO  
PEDRO / FACULDADE DE



Continuação do Parecer: 2.770.360

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

NITEROI, 13 de Julho de 2018

---

**Assinado por:**  
**ROSANGELA ARRABAL THOMAZ**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar ( Prédio Anexo )  
**Bairro:** Centro **CEP:** 24.033-900  
**UF:** RJ **Município:** NITEROI  
**Telefone:** (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Educação Permanente Visando a Sistematização da Assistência de Enfermagem para Segurança do Paciente na Atenção Básica.

**Pesquisador:** Fernanda Bernardo dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 87446418.7.3001.5279

**Instituição Proponente:** RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.977.474

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto de pesquisa apresentado para apreciação de pendências.

**Objetivo da Pesquisa:**

\* Objetivos primários:

- Identificar os tipos de riscos relacionados à segurança que os pacientes acamados estão mais expostos em seu domicílio;
- Descrever as dificuldades que a equipe multidisciplinar de Atenção Básica encontra para proporcionar a segurança do paciente acamado de forma efetiva em seu domicílio.

\* Objetivos Secundários:

- Elaborar com a equipe de Atenção Básica através de oficinas de Educação Permanente a Sistematização da Assistência de Enfermagem em relação a segurança do paciente domiciliar;
- Desenvolver, um aplicativo para celulares, com vistas a subsidiar os profissionais nas ações de enfermagem a pacientes em assistência domiciliar, com base na sistematização da assistência para a segurança do paciente.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

\* Riscos:

- Riscos associados ou potenciais danos são mínimos, uma vez que a coleta de dados trata-se de

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 20.031-040  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2215-1485 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.977.474

responder instrumento de coleta impresso, mas podendo gerar riscos emocionais ou psicológicos, inclusive aqueles relacionados a relações de poder. Neste caso, o participante será encaminhado pela pesquisadora para o serviço de psicologia.

**\* Benefícios:**

- No que se refere aos benefícios esperados, são relacionados a maior compreensão da natureza do cuidado ao idoso no âmbito domiciliar e características deste cuidado pelo profissional e conseguinte adequação de processos de ensino-aprendizagem, a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem; bem como para o idoso e seus cuidadores, o estudo beneficiará, por oferecer possibilidades de autocuidado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante, método adequado. Todas as pendências foram atendidas.

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

Todos os termos de apresentação obrigatória estão satisfatórios.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

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

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e entregue a via original no CEP/SMS-RJ.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar  
Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.977.474

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1179775.pdf	10/10/2018 20:54:00		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Cons.pdf	10/10/2018 20:45:36	Fernanda Bernardo dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta.pdf	05/09/2018 18:35:46	Fernanda Bernardo dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_anuencia.pdf	05/09/2018 18:20:08	Fernanda Bernardo dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	05/09/2018 18:17:14	Fernanda Bernardo dos Santos	Aceito
Outros	Roteiro.pdf	05/07/2018 13:40:16	Fernanda Bernardo dos Santos	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar  
Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.977.474

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	05/07/2018 13:36:31	Fernanda Bernardo dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/07/2018 13:25:01	Fernanda Bernardo dos Santos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 23 de Outubro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Salesia Felipe de Oliveira**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 20.031-040  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2215-1485 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br