

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Andressa Böck

**DESENVOLVIMENTO DE PROPOSIÇÃO TECNOLÓGICA
CUIDATIVO-EDUCACIONAL COM A EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DE UMA UNIDADE CIRÚRGICA**

Santa Maria, RS, Brasil
2019

ANDRESSA BÖCK

**DESENVOLVIMENTO DE PROPOSIÇÃO TECNOLÓGICA CUIDATIVO-
EDUCACIONAL COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UMA UNIDADE
CIRÚRGICA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, linha de pesquisa Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Enf^ª Elisabeta Albertina Nietzsche

**Santa Maria, RS, Brasil
2019**

Böck, Andressa
DESENVOLVIMENTO DE PROPOSIÇÃO TECNOLÓGICA CUIDATIVO
EDUCACIONAL COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UMA
UNIDADE CIRÚRGICA / Andressa Böck.- 2019.
137 p.; 30 cm

Orientadora: Elisabeta Albertina Nietsche
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RS, 2019

1. Tecnologia 2. Equipe Multiprofissional de Saúde 3.
Enfermagem Perioperatória I. Nietsche, Elisabeta
Albertina II. Título.

Andressa Böck

**DESENVOLVIMENTO DE PROPOSIÇÃO TECNOLÓGICA CUIDATIVO-
EDUCACIONAL COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UMA UNIDADE
CIRÚRGICA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação Acadêmica em Enfermagem, área de Concentração em Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 05 de agosto de 2019:

Elisabeta Albertina Nietsche, Dr^a (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Cândida Caniçali Primo, Dr^a (UFES)
(Titular)

Nara Marilene de Oliveira Girardon-Perlini, Dr^a (UFSM)
(Titular)

Silvana Bastos Cogo, Dr^a (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, RS
2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus avôs Leomar Böck (*in memorian*) e Valmor Enio Langbecker (*in memorian*), que acreditaram em meus sonhos, perspectivas e sempre me estimularam a não desistir. Obrigada pelo carinho, amor e dedicação. Terão eternamente meu amor e agradecimento! Saudades!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a DEUS por todas as oportunidades que vêm me concedendo. Gratidão por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar o caminho nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

Aos meus pais Ruimar e Roseli, meus maiores exemplos, que sempre me incentivaram a estudar e seguir meus sonhos. Obrigada por todo amparo, compreensão, força e incentivo diante dos momentos difíceis, por mais que eu não estivesse presente em todos os momentos. Eu amo vocês!

Gratidão à minha orientadora Prof^a Elisabeta Albertina Nietzsche que nunca desistiu de mim e da minha proposta de trabalho, que sempre me impulsionou, acalmou e me ensinou. À minha eterna mestre, o meu respeito, admiração e o meu muito obrigada!

A Universidade Federal de Santa Maria por todas as oportunidades de aprendizado. Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e seus professores pela contribuição na minha formação.

Ao Hospital Universitário de Santa Maria e à equipe multiprofissional de saúde da Unidade de Cirurgia Geral. A minha gratidão por terem parado um pouco as suas atividades e terem se dedicado a contribuir para esta reflexão.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde, pelas trocas de experiências, por me ouvir e auxiliar na construção deste trabalho. Aos bolsistas do projeto Joseph e Vanessa pela dedicação, ajuda e comprometimento nas coletas, digitação e demais etapas deste processo. Meu reconhecimento a cada um de vocês e meu muito obrigada!

A Irmandade da Santa Casa de Caridade de Alegrete e aos colegas de trabalho pela compreensão, apoio e incentivo durante esta jornada.

“Agradeço o apoio da coordenação de aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”.

Muito obrigada!

EPÍGRAFE

“Pensamos em demasia e sentimos bem pouco. Mais do que de máquinas, precisamos de humanidade. Mais do que de inteligência, precisamos de afeição e doçura. Sem essas virtudes, a vida será de violência e tudo será perdido.”

(Charles Chaplin)

RESUMO

DESENVOLVIMENTO DE PROPOSIÇÃO TECNOLÓGICA CUIDATIVO-EDUCACIONAL COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UMA UNIDADE CIRÚRGICA

AUTORA: Andressa Böck

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Enf^a Elisabeta Albertina Nietsche

Em âmbito hospitalar observa-se profundas e constantes mudanças, com a crescente e acelerada inovação tecnológica, em que disponibiliza aos profissionais da saúde e usuários, os mais diversos tipos de tecnologias, onde destacamos as tecnologias cuidativo-educacionais. As tecnologias cuidativo-educacionais são tratadas nesta pesquisa como um conjunto de saberes/conhecimentos científicos, que sustentam a operacionalização do processo de cuidar e educar do outro de modo direto e indireto na práxis do enfermeiro, a partir da experiência cotidiana e da pesquisa dentro de uma perspectiva crítica, reflexiva, criadora, transformadora e multidimensional entre os seres humanos e o meio em que se inserem. Objetivou-se desenvolver uma proposta de Tecnologia Cuidativo-Educacional, a partir das necessidades da práxis da equipe multiprofissional de uma unidade de cirurgia geral de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo de desenvolvimento metodológico. O estudo foi realizado na unidade de Cirurgia Geral de um Hospital Universitário (HU) referência para o ensino, pesquisa, extensão e assistência para região Central do Estado do Rio Grande do Sul (RS). Os participantes deste estudo foram 23 profissionais de saúde que atuam nesta unidade. Para o presente estudo, foi desenvolvido um modelo metodológico de oito etapas, a saber: diagnóstico da realidade, teorização, análise e desenho coletivo da proposta tecnológica, teorização e desenvolvimento, apreciação, desenho final, validação e avaliação. No entanto, neste estudo foram realizadas as etapas um a seis, as demais serão realizadas em estudos sequentes. A coleta de dados foi realizada por meio da observação não participante e grupo focal, no período de fevereiro a outubro de 2018. A análise e interpretação dos dados ocorreu por meio da Análise de Conteúdo. Foram respeitados os aspectos éticos conforme a Resolução 466/2012. A partir da análise dos depoimentos e impressões, coletados por meio dos GF's e observações, emergiram duas categorias, sendo estas: a práxis cuidativo-educacional cotidiana da equipe multiprofissional de saúde; necessidades e possibilidades para uma proposição de tecnologia cuidativo-educacional. A proposição tecnológica desenvolvida deste estudo é destinada a utilização dos profissionais de saúde da unidade de cirurgia geral para auxílio nas orientações de pacientes/acompanhantes para a alta hospitalar. Seu conteúdo aborda os aspectos e cuidados com a ferida operatória e os principais dispositivos de uso dos pacientes durante a internação hospitalar e após a alta: traqueostomia, sondas nasoenteral e nasogástrica, gastrostomia e jejunostomia, ostomias de eliminação, sondagem vesical intermitente no domicílio, e sonda vesical de demora. A proposição tecnológica encontra-se em formato eletrônico, disponível na intranet do sistema de computadores do Hospital Universitário em que a pesquisa foi desenvolvida. Como contribuição, espera-se que esta proposição tecnológica cuidativo-educacional após a sua validação e avaliação, seja um instrumento facilitador de orientações e informações para pacientes/acompanhantes cirúrgicos sobre o preparo da alta hospitalar e que possa ser utilizado como um aliado no incentivo ao autocuidado.

Palavras Chave: Tecnologia. Equipe Multiprofissional. Enfermagem Perioperatória.

ABSTRACT

DEVELOPMENT OF CARE-EDUCATIONAL TECHNOLOGICAL PROPOSITION WITH THE MULTIPROFESSIONAL TEAM OF A SURGICAL UNIT

AUTHOR: Andressa Böck

ADVISOR: Prof^ª Dr^ª Enf^ª Elisabeta Albertina Nietzsche

At the hospital level, there are profound and constant changes, with the growing and accelerated technological innovation, which makes available to health professionals and users, the most diverse types of technologies, where we highlight the care-educational technologies. The care-educational technologies are treated in this research as a set of scientific knowledge, which support the operationalization of the process of care and education of the other directly and indirectly in the practice of nurses, from everyday experience and research within a critical, reflexive, creative, transformative and multidimensional perspective between human beings and the environment in which they operate. The objective was to develop a proposal of Care-Educational Technology, based on the needs of the multi-professional team praxis of a general surgery unit of a University Hospital of Rio Grande do Sul. This is a methodological development study. The study was conducted at the General Surgery unit of a University Hospital (HU) reference for teaching, research, extension and assistance to the central region of the state of Rio Grande do Sul (RS). The participants of this study were 23 health professionals working in this unit. For the present study, an eight-step methodological script was developed, namely: reality diagnosis, theorizing, analysis and collective design of the technological proposal, theorizing and development, appreciation, final design, validation and evaluation. However, in this study, steps one through six were performed, the others will be performed in subsequent studies. Data collection was performed through non-participant observation and focus group, from February to October 2018. Data analysis and interpretation took place through Content Analysis. Ethical aspects were respected according to Resolution 466/2012. From the analysis of the testimonies and impressions, collected through the FGs and observations, two categories emerged, namely: the daily care-educational praxis of the multiprofessional health team; needs and possibilities for a care-educational technology proposition. The technological proposition developed in this study is aimed at the use of health professionals of the general surgery unit to assist in the orientation of patients / companions for hospital discharge. Its content addresses the aspects and care with the surgical wound and the main devices of use of patients during hospitalization and after discharge: tracheostomy, nasoenteral and nasogastric tubes, gastrostomy and jejunostomy, elimination ostomies, intermittent bladder catheterization at home, and delay catheter. The technological proposition is in electronic format, available on the computer system intranet of the University Hospital in which the research was developed. As a contribution, it is expected that this care-educational technological proposition, after its validation and evaluation, will be a facilitating instrument for guidance and information for patients / surgical companions about the preparation of hospital discharge and can be used as an ally in encouraging self care.

Keywords: Technology. Multiprofessional team. Perioperative Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1.	Quantitativo de profissionais atuantes na unidade de cirurgia geral do HU no período da coleta de dados, distribuídos entre os turnos da manhã, tarde e noite.....	42
Quadro 2.	Caracterização dos profissionais observados e tempo de observação.....	46
Quadro 3.	Representação dos participantes dos grupos focais na etapa 1 (Observação e Diagnóstico da realidade).....	46
Quadro 4.	Representação dos participantes dos grupos focais na etapa 3 (Análise e desenho coletivo da proposta tecnológica).....	48
Quadro 5.	Representação dos participantes dos grupos focais na etapa 5 (apreciação).....	50
Figura 1.	<i>Print screen</i> (captura da imagem) de tela <i>intranet</i> “Pesquisa - Desenvolvimento de proposição tecnológica cuidativo-educacional com a equipe multiprofissional de uma unidade cirúrgica”.....	52
Figura 2.	Representação sistemática da primeira etapa de análise.....	54
Figura 3.	Representação da etapa de exploração do material, momento de extração das unidades de registro e contexto.....	55
Figura 4.	Representação gráfica do processo de desenvolvimento da proposição tecnológica cuidativo-educacional.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HU	Hospital Universitário
RS	Rio Grande do Sul
TCE	Tecnologia cuidativo-educacional
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
GEPEs	Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
RJU	Regime Jurídico Único
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FATEC	Fundação de Apoio à Tecnologia e Ciência
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
GF	Grupo Focal
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
PS	Profissional de Saúde
SGPTI	Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	24
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	30
2.1 PERÍODO PERIOPERATÓRIO: ASPECTOS SOBRE O PACIENTE CIRÚRGICO E EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	30
2.2 A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO COLETIVO DE TECNOLOGIAS.....	33
2.3 TECNOLOGIAS CUIDATIVO-EDUCACIONAIS: APLICAÇÃO PARA A PRÁXIS DE SAÚDE.....	37
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	40
3.1 DESENHO DA PESQUISA.....	40
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	41
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	42
3.4 COLETA DE DADOS.....	43
3.5 ROTEIRO METODOLÓGICO PARA O DESENVOLVIMENTO COLETIVO DA PROPOSIÇÃO TECNOLÓGICA CUIDATIVO-EDUCACIONAL.....	45
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	53
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	56
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	58
4.1 A PRÁXIS CUIDATIVO-EDUCACIONAL COTIDIANA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE.....	60
4.2 NECESSIDADES E POSSIBILIDADES PARA UMA PROPOSIÇÃO TECNOLÓGICA CUIDATIVO-EDUCACIONAL.....	67
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICES.....	86
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	88
APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	92
APÊNDICE C - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL.....	94
APÊNDICE D - GUIA PARA PREPARO DA ALTA HOSPITALAR DO PACIENTE/ACOMPANHANTE CIRÚRGICO.....	96
ANEXOS.....	130
ANEXO A – CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL.....	132
ANEXO B – APROVAÇÃO CEP.....	134

INTRODUÇÃO

Os dias atuais caracterizam-se por profundas e constantes mudanças, onde é crescente a inovação tecnológica, colocando à disposição dos profissionais de saúde e pacientes, os mais diversos tipos de tecnologia, tais como as tecnologias empregadas no processo assistencial, gerencial e educacional. As tecnologias transcendem sua utilização enquanto máquina ou equipamento, constituem-se num conjunto de conhecimentos com potencial para inovação e reflexão da práxis dos profissionais de saúde. Ainda, a tecnologia e o cuidado estão interligados, na prática do cuidado há possibilidades de encontrar formas de tecnologias que promovam o processo de emancipação dos sujeitos envolvidos no cuidar (NIETSCHE *et al.*, 2012).

Em meio a esse universo de cuidado, aplica-se também, o processo de educar, partindo do argumento que este se caracteriza como um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico. No âmbito das ações à saúde, a educação deve ser vivenciada e compartilhada pelos profissionais da área, pelos setores organizados da população e usuários. Assim, representa um processo sistemático e permanente que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão (BRASIL, 2008).

Neste sentido, no momento da práxis, o processo de cuidar-educar e educar-cuidar, está interligado na construção do bem-estar das pessoas que estão inseridas no contexto de saúde. O entrelaçamento do ato de cuidar em meio ao ato de educar, pode se configurar como um potencial gerador de poder ao ser humano em circunstâncias de cuidado de saúde. A inerência da educação no processo de cuidar fica vitalizada a partir do tecnológico, de modo intencional, ao ficar sustentado que o uso de uma tecnologia que simultaneamente proporciona um processo de cuidar e educar (Tecnologia cuidativo-educacional - TCE), carrega neste processo níveis de consciência prática e/ou da práxis para um empoderamento dos sujeitos (SALBEGO *et al.*, 2017).

Assim, ao utilizar o avanço tecnológico nas interfaces do cuidar, educar e gerenciar, podem surgir questionamentos acerca da utilização desses recursos na práxis dos profissionais da área da saúde. Em ambientes complexos, tal como hospitais, o agir frente aos aparatos tecnológicos, derivados desses avanços da ciência do homem, deve ocorrer mediando o ‘pensar’, ‘refletir’, ‘questionar’ e ‘criticar’ o contexto de aplicabilidade. Este processo de agir-refletir-agir ou refletir-agir-refletir, pode ser entendido como **práxis** a partir do momento em

que se torna um agir envolvendo a consciência do homem (VÁZQUEZ, 2011; SALBEGO *et al.*, 2017).

A práxis não deve ser vista como uma ação, uma prática, um ato com um fim estabelecido em si mesmo, origina-se do pensamento filosófico e complexo de Karl Marx que consiste na “transformação de uma realidade considerada injusta, transformação baseada em uma crítica que se apoia no conhecimento científico dessa realidade” (VÁZQUEZ, 2011, p.14). Vázquez traz que o pensamento marxista não pode ser entendido simplesmente como teoria, mas, sim, como prática transformadora da realidade dos seres a partir dos valores que servem como crítica a ela. Para os profissionais de saúde esta concepção de práxis representa não apenas o fazer, o desenvolver de procedimentos inerentes às suas profissões, o utilizar de tecnologias a serviço do cuidado, mas também as contribuições de um conjunto de saberes/conhecimentos e práticas que aliados proporcionam aos profissionais de saúde repensar suas práticas e (re)construir sua profissionalidade, bem como sua identidade social (SALBEGO *et al.*, 2017).

De acordo com Vázquez (2011), para Marx, a tecnologia é práxis quando faz a interação entre a atividade teórica e a prática e ao se constituir como um componente de práxis tem a possibilidade de beneficiar a coletividade. Seguindo esta linear, o termo práxis diz respeito à “atividade livre, universal, criativa e autocriativa, por meio da qual o homem cria (faz, produz) e transforma (conforma) seu mundo humano e histórico a si mesmo”. Compreendida como atividade social transformadora, afirma que “toda práxis é atividade, mas nem toda atividade é práxis” Vázquez (2011, p.185).

A práxis é uma atividade conscientemente orientada, o que implica, não apenas, as dimensões objetivas, mas também subjetivas da atividade. Dizendo de outro modo, a práxis não é somente atividade social transformadora, no sentido de transformação da natureza, de criação de objetos, de instrumentos, de tecnologias; também é atividade transformadora, com relação ao próprio homem que, onde ao mesmo tempo que atua sobre a natureza, transformando-a, produz e transforma a si mesmo. Nem a atividade prática, tampouco a atividade teórica, por si só, é práxis: “a atividade teórica proporciona um conhecimento indispensável para transformar a realidade, ou traça finalidades que antecipam, idealmente, sua transformação, mas num e noutro caso, fica intacta à realidade” (VÁZQUEZ, 2011, p. 234). A práxis busca uma interpretação do mundo e sua transformação, ultrapassando assim o caráter utilitário da prática.

Vázquez define que a atividade prática humana exige do homem níveis de consciência a ser envolvido no processo prático. O ato de envolver níveis de consciência prática ou da

práxis é classificado em práxis criadora, reiterativa/imitativa, espontânea e reflexiva (VÁZQUEZ, 2011). Todavia, a complexidade, a qualidade e os graus de consciência imbuídos na atividade prática variam, dependendo, exclusivamente, de quem está à frente conduzindo o processo prático.

A **práxis criadora** exige um elevado grau de consciência em relação à atividade realizada, na medida em que não há modelos, a priori, o que exige do profissional uma capacidade maior de dialogar, problematizar, intervir, corrigir a própria ação. Em contraponto, na **práxis reiterativa** o grau de consciência declina e/ou quase desaparece, quando a atividade assume um caráter mecânico.

Considerando esses aspectos, Vázquez (2011) salienta, ainda, que a práxis – de acordo com o grau de consciência envolvido – pode ser distinguida em “práxis espontânea” e “práxis reflexiva”. A **práxis espontânea** relaciona-se ao grau de consciência envolvida na atividade prática; nesta práxis a consciência envolvida é pequena, quase inexistente. Por fim, na **práxis reflexiva** encontra-se um elevado grau de consciência envolvida na atividade prática; apresenta-se com caráter transformador, por meio do exercício da reflexão sobre a prática.

Neste sentido, as tecnologias, que fazem parte da práxis dos profissionais de saúde, estão inseridas no contexto de trabalho, especialmente nos hospitais. Este cenário, devido a sua complexidade, é constituído por diversos tipos de tecnologias, as quais se modificam constantemente, de modo a exigir dos profissionais atuantes neste cenário, o desenvolvimento de aptidão para a sua utilização, de forma precisa e eficaz.

Os conceitos de tecnologia são diversos, partindo de uma concepção de conhecimento científico, sistematizado, organizado, aplicado e prático - o que requer a presença humana e se concretiza no ato de cuidar (MEIER, 2004). Para tanto, nesta pesquisa, foi utilizada a concepção de tecnologia de Nietzsche, em que considera como a apreensão e aplicação de um conjunto de conhecimentos e pressupostos que proporcionem aos indivíduos o pensar, o refletir, o agir, tornando-os sujeitos de seu próprio processo de existência. A autora supracitada conceitua as tecnologias como:

o conjunto de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento metódico de conhecimentos/saberes, organizados e articulados para o emprego no processo de concepção, elaboração, planejamento, execução/operacionalização e manutenção de bens materiais e simbólicos e serviços produzidos e controlados pelos seres humanos, com uma finalidade prática específica. Portanto, a tecnologia serve para gerar conhecimentos a serem socializados, para dominar processos e produtos e transformar a utilização empírica, de modo a torná-la científica (NIETSCHE, 2000, p.52).

Nietzsche (2000) propõe uma classificação de tecnologias denominada de Tecnologias Específicas de Enfermagem, que se dividem em sete tipologias: as tecnologias do cuidado que

se referem aos saberes justificados cientificamente e aplicados por meio de técnicas, procedimentos e conhecimentos durante o cuidado de enfermagem; as tecnologias de concepção direcionam-se para desenhos/projetos que orientam o trabalho do enfermeiro e sua equipe; as tecnologias interpretativas de situações de clientes, onde ocorre a inclusão de toda a tecnologia que permita ao enfermeiro identificar problemas/alterações com pacientes, familiares e/ou coletividade, como exemplo destaca-se a escala de avaliação da dor; as tecnologias de administração representam todas as formas de organizar o trabalho em saúde, seja seus equipamentos, tempo e movimentos relacionados ao trabalho em enfermagem; nas tecnologias de educação, apresentam-se as estratégias e metodologias que visem auxiliar a formação de níveis de consciência entre sujeitos; tecnologias de processos de comunicação, proporciona o estreitamento do relacionamento entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidado (paciente, família e profissionais), apresentando-se como uma importante estratégia terapêutica que possui em sua essência o diálogo; e as tecnologias de modo de conduta, são consideradas passos, etapas e fases sistematizados que visam constituir protocolos assistenciais oriundos de comportamentos de profissionais e clientela.

A justificativa pessoal para aprofundar conhecimentos acerca da temática, surgiu em 2013 a partir da inserção no Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (GEPES), da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. O GEPES vem, desde a sua criação, há mais de 20 anos, intensificando a produção do conhecimento na área da saúde, em especial da enfermagem, por meio de pesquisas que possuem na sua essência o cuidado e a educação e, também, estudos que trazem, como foco principal, as tecnologias em enfermagem. No GEPES, a aproximação com a temática aconteceu por meio da participação no projeto guarda-chuva denominado: “possibilidades emancipatórias dos enfermeiros mediante tecnologias produzidas e publicadas entre 2008-2014”, que visou, majoritariamente, identificar as possibilidades emancipatórias de enfermeiros, a partir das tecnologias produzidas e publicadas por eles nos periódicos brasileiros específicos de enfermagem e classificados pela CAPES no Qualis B1 à A1.

Após, objetivando a continuidade dos estudos sobre a temática em questão, no ano de 2015, inseri-me na pesquisa de Salbego (2016), realizada para coletar as características definidoras de uma tecnologia cuidativo-educacional e que neste estudo foi desenvolvido o conceito inicial de TCE, sendo:

o conjunto de saberes/conhecimentos científicos, resultante de processos concretizados, que sustentam a operacionalização do processo de cuidar e educar do outro (usuário/paciente, acompanhante e profissional de enfermagem) de modo direto e indireto na práxis do enfermeiro, a partir da experiência cotidiana e da pesquisa dentro de uma perspectiva crítica, reflexiva, criadora, transformadora e

multidimensional entre os envolvidos e o espaço em que estão inseridos (SALBEGO *et al.*, 2017).

O desenvolvimento deste estudo vem para fomentar a construção do conhecimento em enfermagem e saúde acerca da temática que ainda encontra-se incipiente. As pesquisas com foco nas TCE vem sendo realizadas desde o ano de 2016 por pesquisadores de nove estados brasileiros (Amapá, Pará, Amazonas, Rio Grande do Norte, Espírito Santo, Rio Grande do Sul, Distrito Federal, Rio de Janeiro e Bahia), como também, internacionalmente, por um núcleo de estudos de Portugal. Faz-se necessário enfatizar que o GEPES da UFSM caracteriza-se como precursor de estudos com este escopo no RS, sendo o único, até o momento, que atua frente às TCE.

Tendo como premissa a continuidade dos estudos iniciados por Salbego (2016), a presente investigação busca fortalecer o desenvolvimento do conceito proposto e seu modelo teórico para a prática e pesquisa em saúde. Nesse ínterim, apresenta-se como questão de pesquisa: como atender as necessidades da práxis de uma equipe multiprofissional de saúde de uma unidade de cirurgia geral a partir do desenvolvimento coletivo de uma proposta de tecnologia cuidativo-educacional?

Desse modo, apresentam-se como objetivo desenvolver uma proposta de Tecnologia Cuidativo-Educacional com a equipe multiprofissional de uma unidade de cirurgia geral de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, são apresentadas as concepções teóricas que darão sustentação ao estudo. Essas foram organizadas por meio dos seguintes tópicos: período perioperatório: aspectos sobre o paciente cirúrgico e equipe de enfermagem, a equipe multiprofissional de saúde e o desenvolvimento coletivo de tecnologias, o entrelaçamento entre tecnologia e práxis e tecnologias cuidadoso-educacionais: aplicação para a práxis de saúde.

2.1 PERÍODO PERIOPERATÓRIO: ASPECTOS SOBRE O PACIENTE CIRÚRGICO E EQUIPE DE ENFERMAGEM

O procedimento cirúrgico surgiu como um novo meio de tratamento para as doenças que não podiam ser tratadas clinicamente, porém, pouco se sabia sobre os princípios de assepsia e as técnicas anestésicas e cirúrgicas eram inseguras (POTTER; PERRY, 2012). Neste cenário, a prática da enfermagem em centro cirúrgico surgiu com a necessidade de pessoal capacitado para atender as especificidades desta área no que diz respeito ao preparo das salas de cirurgia, o cuidado com os artigos médicos hospitalares e os equipamentos específicos (SANTOS; RENNÓ, 2013).

Com o passar dos anos o avanço tecnológico, os procedimentos cirúrgicos passaram a ter maior segurança e equipe de saúde especializada. Se antes o procedimento cirúrgico contava apenas com médicos e enfermeiras, hoje a equipe conta também com fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos entre outros profissionais de saúde. A Enfermagem Cirúrgica cresceu e se organizou por meio de estudos na área que trouxeram várias contribuições sobre a importância da educação do paciente no pré-operatório, um significativo conhecimento baseado em evidências sobre o cuidado com feridas, bem como, o aumento do conhecimento no centro cirúrgico melhorando os padrões de controle de infecção e segurança do paciente (POTTER; PERRY, 2012).

A partir destes avanços, atualmente o período perioperatório é dividido em três fases, a saber: pré operatória, intra operatória e pós operatória. A **fase pré-operatória** inicia quando o cirurgião e o paciente decidem pela cirurgia e termina quando o paciente é transferido para o centro cirúrgico. Esta fase ainda é dividida em: Pré – operatório Mediato, Pré-operatório Imediato. O período Pré – operatório Mediato compreende desde a internação do paciente até 24 horas antes da cirurgia. Dentre os preparos importantes a serem dispensados

nesses períodos, pode-se destacar o preparo psicoespiritual em que serão explicados ao paciente todos os procedimentos envolvidos na cirurgia, como: exames, lavagens intestinais, tricotomia, sondagem, o ato anestésico, o controle da dor, como funciona o centro cirúrgico e como ele será encaminhado para este setor, bem como o retorno proleito e a retirada de dúvidas tanto ao paciente quanto aos familiares. Também o Preparo Físico que compreende o exame físico, exames complementares, avaliação da função dos sistemas de órgãos (NOGUEIRA *et al.*, 2011).

O período pré-operatório imediato compreende as 24 horas que antecedem o processo anestésico-cirúrgico até o encaminhamento do paciente para o centro cirúrgico (LEMOS; SURIANO, 2013). Neste período, o enfermeiro efetua a visita pré-operatória na qual irá preparar o paciente para o ato cirúrgico, realizando o histórico do paciente, identificando dados clínicos e cirúrgicos importantes para a assistência, identificando suas necessidades para formulação do plano de cuidados, intervenções e evolução de enfermagem (SILVA; PATRICIA, 2015; LEMOS; SURIANO, 2013).

Para Lemo e Suriano (2013), as informações coletadas devem indicar o tipo de cirurgia; a existência de processo anestésico-cirúrgico anterior; o estado nutricional; os riscos no intraoperatório e as possíveis complicações no pós-operatório imediato; a pesquisa sobre a existência de doenças associadas, de alergias, de medicamentos, de fumo, de álcool, de drogas; a avaliação dos exames de imagem, de laboratório e do eletrocardiograma. Esta etapa é fundamental, pois proporciona uma interação efetiva entre o paciente e o enfermeiro, favorecendo ao enfermeiro conhecer o paciente e identificar seus problemas e suas necessidades, o que lhes possibilita planejar individualmente as ações de enfermagem, contribuindo para uma melhor qualidade do transoperatório e pós-operatório. (SARAGIOTTO; TRAMONTINI, 2009).

O enfermeiro, neste período, deverá realizar as orientações quanto ao jejum, retirada de adornos e próteses dentárias; a higiene corporal e oral prévias; o esvaziamento vesical e intestinal e a tricotomia devem ser realizados. Essas orientações irão proporcionar maior segurança para o encaminhamento ao centro cirúrgico (LEMOS; SURIANO, 2013).

O **Período Transoperatório** inicia com a chegada do paciente e o acolhimento pelo enfermeiro, o qual deve confirmar: nome, idade, alergias, preparos, a assinatura do termo de consentimento do procedimento; as condições clínicas do paciente; a presença do prontuário com os exames laboratoriais e de imagem; a realização do preparo préoperatório; o exame físico simplificado e a mensuração dos sinais vitais (AMANTE; SENA; RUMOR, 2016). O

principal objetivo dessa fase é diminuir os riscos dos procedimentos anestésico-cirúrgicos, por meio de intervenções de enfermagem efetivas (SARAGIOTTO; TRAMONTINI, 2009).

No decorrer desta fase tem-se o intraoperatório, que se inicia com o procedimento anestésico-cirúrgico propriamente dito e se estende até a reversão da anestesia (AMANTE; SENA; RUMOR, 2016). Nesta fase, o enfermeiro prescreve os cuidados relativos ao posicionamento do paciente; a monitorização; a determinação do local de colocação da placa do eletrocautério; a degermação do campo operatório; a solução antisséptica utilizada; o balanço hídrico; a verificação de utilização de implantes ou próteses; a passagem de cateteres, de sondas, de drenos; a realização de curativos; a prevenção de intercorrências com o uso de dispositivos e a manutenção da segurança do paciente, efetuando registro de intercorrências e alterações hemodinâmicas. Com o término da cirurgia, o enfermeiro registra a evolução de enfermagem, incluindo os cuidados prestados durante o processo cirúrgico e realiza a passagem de plantão das condições clínicas do paciente para a sala de recuperação pós anestésica (LEMOS; SURIANO, 2013).

O **Período pós-operatório** compreende todo o período após a realização do procedimento anestésico-cirúrgico que se compreende em três etapas: o pós-anestésico, o pós-operatório imediato e o pós-operatório mediato. O período pós-anestésico se dá a partir da chegada do paciente ao setor até sua alta para unidade de origem. Nessa fase, deve-se dar continuidade à prescrição pós-operatória e a evolução. Destaca-se que os pacientes que realizam cirurgias de grande porte podem ser encaminhados diretamente da sala de operação para unidade de terapia intensiva (UTI) (LEMOS; SURIANO, 2013).

O período pós-operatório imediato inicia a partir do término do procedimento cirúrgico até completar as primeiras 24 horas e o enfermeiro poderá verificar os resultados dos cuidados prestados nas fases anteriores, para evolução do paciente (LEMOS; SURIANO, 2013). O período pós-operatório mediato começa com o término das primeiras 24 horas e prossegue enquanto o paciente estiver em observação pela equipe de enfermagem e médica. Nesta fase avalia-se o estado clínico do paciente, identificando os diagnósticos de enfermagem, traçando e elaborando planos de cuidados e efetuando intervenções de enfermagem (SILVA; PATRICIA, 2015).

Neste período a assistência de enfermagem está voltada para o reestabelecimento das funções fisiológicas do paciente, bem como, a avaliação e controle da dor, cicatrização da ferida operatória e fornecimento de conhecimentos suficientes para o auto-cuidado (BRUNNER; SUDARTH, 2011). Assim, Bastos *et al.*, (2013) ressaltam a importância da intervenção nas necessidades fisiopatológicas e emocionais no período pré e pós-

operatório contemplando o envolvimento dos familiares como agentes ativos à promoção da saúde. No decorrer do processo cirúrgico, é necessário avaliar o sucesso e os insucessos ocorridos durante os cuidados de enfermagem prestados nos períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório com vistas a melhoria da qualidade da assistência (LASAPONARI; BRONZATTI, 2009).

Tendo em vista os aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico, é imprescindível a atuação do enfermeiro no centro cirúrgico desde à construção até à administração e assistência ao paciente, tendo este, habilidades como agilidade e dinamismo para atender ao serviço e aos pacientes durante o período perioperatório, objetivando devolver aos mesmos as condições clínicas, emocionais e sociais para a alta.

2.2 A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO COLETIVO DE TECNOLOGIAS

A partir do conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), que observa a saúde do ser humano com “um completo bem-estar físico mental e social”, foram necessários novos posicionamentos das equipes de saúde para poder alcançar esse “ideal de saúde”. Iniciou-se um processo lento e gradual de rompimento com a setorialização, e busca pela atenção em saúde de forma globalizada, de modo que o paciente seja atendido por uma equipe multi/interdisciplinar (BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012).

A interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade têm como semelhança a múltipla articulação de diferentes áreas profissionais, em que há colaboração interprofissional para a solução de problemas (NUNES; WOVST; COSTA NETO, 2014). Para Peduzzi et al., (2013), o conceito de interdisciplinaridade refere-se à integração dos saberes, representa uma proposta contra o fenômeno da fragmentação visto na educação e saúde. A interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração das disciplinas articuladas em um mesmo projeto.

Na multiprofissionalidade os profissionais atuam próximos, mas não unidos, havendo apenas uma justaposição de conhecimentos. O termo equipe multiprofissional refere-se a um grupo de especialistas que atuam de forma independente em um mesmo local de trabalho. Se esses profissionais representantes de diferentes ciências possuem uniformidade de objetivos, os quais pretendem que sejam atingidos pela colaboração e complementaridade de seus conhecimentos científicos, essas equipes passam a ser interdisciplinares (SHERER; PIRES; JEAN, 2013). Nesse sentido, o trabalho de cada profissional das diferentes áreas em saúde é

considerado como um processo particular do trabalho coletivo, e possuem o mesmo objeto de trabalho, que é o corpo humano individual e coletivo (BROCA; FERREIRA, 2015).

Para Peduzzi (2001), o trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre intervenções técnicas e a interação de agentes. O mesmo autor destaca a noção de equipe como integração, em que sua característica é a articulação das ações, ou seja, a sua proposta é da integralidade das ações de saúde, nela os agentes/profissionais interagem.

Pode ser visto também como a base para ações integrais de saúde e para atender com qualidade as necessidades dos usuários de acordo com cada situação e experiência adquirida (OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011). Nesse sentido, é necessário que o conhecimento de cada um dos profissionais seja compartilhado com os demais membros da equipe, a fim de que estes possam ter uma visão integral do paciente e possam articular suas práticas e conhecimentos para que a cada nova problematização haja uma proposta adequada de intervenção.

Para Moretto (2008), o trabalho em equipe é a procura do reconhecimento do ser humano em todos os aspectos da vida. Esta perspectiva propõe aos profissionais da saúde um trabalho coletivo de superação do modelo biomédico. Assim, para a autora, saúde é um processo integral que só poderá ser compreensível mediante diferentes profissionais em constante interação e diálogo.

É válido destacar que o trabalho em equipe trouxe consigo o desafio da compreensão multidisciplinar/profissional, a qual deve caminhar em direção a ações interdisciplinares. De acordo com Moretto (2008), a interdisciplinaridade é considerada como um processo de interação recíproca entre diversas áreas do conhecimento, formando a horizontalização das relações de saber entre os campos.

Segundo Martins e Martins (2010), o termo equipe multiprofissional refere-se a um grupo de profissionais que atuam próximos, de forma independente em um mesmo local de trabalho. Se esses profissionais representantes de diferentes ciências possuírem uniformidade de objetivos, os quais pretendem que sejam atingidos pela colaboração e complementaridade de seus conhecimentos científicos, essas equipes passam a atuar de forma interdisciplinar.

O exercício interdisciplinar pode ser desempenhado por equipes multiprofissionais de saúde com reuniões planejadas semanalmente, com programação de atividades definidas que envolvam discussão individual e coletiva de todos os casos atendidos havendo o parecer de cada especialista envolvido. A postura interdisciplinar proporciona multiplicação do conhecimento na área assistencial em saúde, melhor conhecimento sobre o trabalho de

cada especialidade, envolvimento dos profissionais e percepção ainda mais ampliada sobre o processo saúde-doença (REIS; FARO, 2016).

Uma atitude interdisciplinar promove abertura de conhecimento, concedida por respeito, paciência, desapego, coerência, ousadia, numa atitude de troca intersubjetiva, de parceria, aproximação, abertura para aquisição de saberes, de mudanças e renovação das práticas, trata-se da articulação entre a complexidade da construção dos saberes dos seres humanos, no tempo e no espaço (BRANDÃO, 2015).

Entretanto, a interdisciplinaridade tem sido vista como um caminho para ampliar conhecimento sobre determinado assunto, considerando conceitos sociais, integração cultural, forças sociais, conceitos disciplinares como psicologia, economia, antropologia, levantando novas questões no âmbito de paradigmas de determinados conceitos, sobre determinado assunto (MITTELMARK *et al.*, 2016).

Nas ciências da saúde, a interdisciplinaridade tem uma correlação estreita com o princípio da integralidade, pois ambos possibilitam uma percepção holística do sujeito, relacionando o seu estado de saúde ao seu contexto histórico, social, político, familiar e ambiental. Entende-se que a atenção integral é individual e coletiva simultaneamente, sendo impossível, portanto, o exercício profissional em saúde dissociar o homem de todos os aspectos que o circundam, sendo imprescindível, a necessidade de articulação entre integrantes da equipe multiprofissional para uma assistência integral ao indivíduo (HARTZ; CONTADRIPOULOS, 2004).

Fazenda, Varella e Almeida (2013), pontua alguns princípios para o agir com interdisciplinaridade, que são: o desapego da zona de conforto dos conhecimentos disciplinares de base; a humildade em compartilhar conhecimentos em revisar, refletir, analisar, contextualizar seu próprio conhecimento em relação ao do outro e até mesmo, (re) construir conhecimentos; ousadia em criar inovações com engajamento e comprometimento; o respeito consigo e ao trabalho do outro; a coerência ao construir conhecimentos e o saber esperar o tempo que cada um leva para assimilar e construir conhecimentos.

Corroborando com o autor supracitado, Duarte e Boeck (2015) traz algumas características que a equipe integrada apresenta, a saber: flexibilização da divisão do trabalho, valorização dos distintos trabalhos e respectivos profissionais, partilha de decisões sobre a dinâmica de trabalho, exercício da autonomia profissional, preservação das diferenças técnicas entre os trabalhos especializados, tomando em consideração a interdependência das diversas áreas profissionais e construção de um projeto assistencial comum. Assim, o agir com interdisciplinaridade requer reflexão, observação, interação entre as especialidades

profissionais, construção de espaços para a troca de conhecimentos teóricos e práticos contextualizados com a realidade (BRANDÃO, 2015).

Para tanto, é necessário que as equipes trabalhem em comum acordo, atendendo o paciente integralmente, havendo assim uma troca de informações, sendo que estas possuem potencial para beneficiar tanto a equipe como o paciente. Nesse sentido, como já apontado anteriormente o trabalho em equipes no campo da saúde é uma tática que busca amenizar o processo de fragmentação das especialidades (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Peduzzi (2001) ressalta que esse trabalho não implica eliminar as especificidades, pois é na heterogeneidade das diferenças disciplinares que se possibilita a real contribuição de cada categoria no processo de trabalho. Nesse sentido, é preciso não só que cada disciplina aceite o aperfeiçoamento do conhecimento e da função técnica de cada campo de atuação, mas também que haja maior produtividade.

Para que o trabalho multiprofissional em saúde seja eficaz, é necessário que a equipe trabalhe com o paciente em uma perspectiva emancipatória. A equipe, juntamente com o paciente, deve identificar as suas necessidades, em direção a uma escolha informada. Isso poderá contribuir para mudança de comportamento bem como adesão ao tratamento, dirimindo as intercorrências que poderão ocorrer durante o tratamento. Porém, para que isso aconteça, exige-se que a equipe multiprofissional conheça a realidade, a visão de mundo e as expectativas dos pacientes envolvidos, para que assim possa priorizar as necessidades dos pacientes e não somente as exigências terapêuticas. Portanto, deve-se ouvir atentamente o paciente, valorizar seu conhecimento existente, respeitar suas experiências, crenças e expectativas, pois a desvalorização de seus conhecimentos pode desencadear consequências sérias, como a não adesão ao tratamento, descrédito em relação à equipe, deficiência no autocuidado, adoção de hábitos prejudiciais à saúde, concepção de que os outros são os responsáveis por seus cuidados (QUEIROZ *et al.*, 2008).

Nesse sentido, as tecnologias cuidado-educacionais apresentam semelhança com o trabalho em equipe multiprofissional em saúde, onde ambos buscam o empoderamento do paciente. No entanto, a tecnologia só terá este poder quando o profissional a utilizar de maneira que favoreça a troca/reflexão com pacientes e acompanhantes. Tendo em vista essa paridade, é possível pensar em sua potencialização a partir do momento em que tecnologias são pensadas/desenvolvidas de maneira coletiva com esta equipe.

O desenvolvimento coletivo remete-se à construção (de tecnologias) com vistas ao atendimento das reais demandas/necessidades dos sujeitos envolvidos. Esse processo de construção/desenvolvimento é fundamentado nas interações vivenciadas pelos atores sociais,

no decorrer da sua definição e desenvolvimento (LEITE; BEHAR, 2007). A definição e o desenvolvimento da tecnologia é composto por um processo de diálogo e reflexão, de trocas de experiências, interações e construção. Assim, há possibilidade de superação do monólogo coletivo e incentivo da socialização de pensamentos, ideias e reflexões.

A adoção de uma abordagem coletiva, comunicativa e participativa é recomendada no processo de construção de tecnologias. A interação e a troca de conhecimentos, considerando-se as necessidades e os modos de vida das pessoas, são aspectos essenciais nesse processo (TEIXEIRA; BARBIERI-FIGUEIREDO, 2015). A partir dessa abordagem a equipe tem possibilidade de refletir a respeito das necessidades e dificuldades existentes em sua práxis e o modo que uma tecnologia pode os auxiliar a supera-las.

2.3 TECNOLOGIAS CUIDATIVO-EDUCACIONAIS: APLICAÇÃO PARA A PRÁXIS DE SAÚDE

O presente capítulo tem como objetivo trazer, exemplificar e elucidar a aplicação das tecnologias cuidativo-educacionais para a práxis de saúde. O desenvolvimento do conceito de TCE tem como propósito inserir nos cenários da prática e da pesquisa em saúde um novo modo de compreender produtos e processos tecnológicos, de modo que transcendam meramente uma visão isolada entre cuidar e educar. Isto significa que o cuidar e o educar desenvolvido diariamente, não necessite estar dissociados um do outro, ou seja, durante uma práxis cuidativa pode-se, também, ser desvelado uma educativa, onde a práxis se revela à medida que o homem demonstra níveis de consciência (criadora, reiterativa, espontânea ou reflexiva) frente a um processo prático, com ou sem o uso de tecnologia (SALBEGO *et al.*, 2017).

Já o processo educativo, pode ser caracterizado como um processo contínuo, que tem por premissa básica garantir o aperfeiçoamento das relações humanas em sociedade. Neste processo é imprescindível a inserção de ações educativas voltadas para uma interação equilibrada e harmônica do ser humano com o ambiente em que se relaciona. Educar é promover no educando a reflexão e o ser protagonista do seu próprio processo existencial; é permitir que educador e educando estejam em um mesmo plano horizontal de comunicação e relação eu-outro (HIGHET, 1967).

Frente ao exposto, ao pensar em Tecnologias Cuidativo-Educacionais, partimos do argumento de que o conhecimento é orientado para o sujeito real ou potencial ao mesmo tempo que consideramos sua existência, valorizando suas múltiplas dimensões: social,

familiar, profissional, espiritual entre outros. Considerar a existência desse sujeito, implica olhar suas relações, seu ambiente de trabalho, suas interações, ampliando, assim essas questões, considerando a saúde, o trabalho e o bem-estar como intimamente associados. Assim, a prática cuidativa e educativa, enquanto saber pode despertar para possibilidades de desenvolvimento, validação, avaliação e utilização de tecnologias que possam promover/auxiliar o processo de autonomia e/ou empoderamento dos sujeitos envolvidos durante o ato de cuidar-educar e educar-cuidar (SALBEGO *et al.*, 2017).

De acordo com Salbego *et al.* (2017), uma TCE pode apresentar “potencial empoderador” do ser humano, estando ele na condição de paciente, acompanhante ou mesmo, profissional da saúde. O ato de empoderar no contexto da práxis humana emerge como uma atividade programada, com intenções planejadas e que permite ao ser humano adquirir conhecimento, de si mesmo e do contexto em que está inserido, podendo exercer mudanças nesse ambiente e na sua própria conduta. Além disso, pode capacitar o indivíduo, com vistas a definir/intervir em seus próprios problemas e necessidades; a compreender como pode resolver esses problemas tanto com os seus próprios recursos como também com apoios externos, e a promover ações mais apropriadas para fomentar uma vida saudável e de bem-estar (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010; TEIXEIRA; BARBIERI-FIGUEIREDO, 2015).

As TCE entrelaçam-se, no momento da práxis, o processo de cuidar-educar e educar-cuidar em saúde estão interligados na construção do bem-estar das pessoas inseridas no contexto de saúde. As TCE de processo e de produto, portanto, são intermediadas pelas relações dos/entre sujeitos nos desdobramentos da práxis não apenas do profissional de enfermagem como apresenta a figura, mas de todos profissionais da saúde. Essa tem a finalidade de construção e também do fortalecimento do empoderamento, da autonomia e do bem-estar das pessoas inseridas em determinado contexto de saúde. Este conceito passa a exigir o despertar de níveis/graus de consciência que estarão envolvidos em um processo prático (SALBEGO *et al.*, 2017).

Tendo em vista o empoderamento, o processo de cuidar e educar de si e do outro, pode ser percebido como um ato de cooperação entre os profissionais de saúde, o paciente e o acompanhante. Processo este que objetiva a construção e a reconstrução dos saberes/conhecimentos, por parte destes, sobre o processo saúde-doença, que vivenciam, e suas consequências, de forma que estes possam tomar decisões informadas, acerca do cuidado e da educação no contexto de hospitalização e enfermidade (SALBEGO *et al.*, 2017).

Ao se denominar uma tecnologia como “cuidativo-educativa”, há determinação que o profissional deverá revelar/clarificar propósito(s) e modo(s) com/para que possa ser utilizada. O principal atributo/elemento desta tipologia, envolve a práxis sob uma perspectiva filosófica que diz respeito aos níveis de consciência prática e/ou da práxis que o profissional de enfermagem exerce sob um processo prático específico (SALBEGO *et al*, 2017; VÁZQUEZ, 2011).

O processo cuidativo-educativo, relacional que valoriza a experiência do viver, o modo e o contexto de vida, podendo transformar os envolvidos a partir de um processo de mudança de pensar, crítico, reflexivo, autônomo, empoderador para assim, poder torná-los agentes de transformação da sua própria existência. O processo cuidativo-educativo se caracteriza como relacional e progressista, e apresenta potencialidade para modificar o modo e o contexto de vida, transformando os envolvidos em seres humanos, possuidores de um pensar multidimensional, para assim, permitir o protagonismo frente sua própria realidade, seja, profissional ou social, constituindo-se como cidadãos, éticos e empoderados de sua própria vida (SALBEGO *et al*, 2017).

Assim, o processo de desenvolvimento de uma proposição tecnológica cuidativo-educacional com os profissionais de saúde de uma equipe multiprofissional pode se caracterizar como um processo de reflexão sobre a prática. Portanto, sob o olhar da filosofia para este tipo de práxis, a incorporação de conhecimentos científicos capazes de aperfeiçoar os conhecimentos adquiridos na prática, ou mesmo atribuí-los à construção de bens podem ser compreendidos com possibilidade para o despertar de uma consciência rica em criação, sendo capaz de unificar os saberes do ser humano, a fim de convertê-los para a construção de produtos e/ou processos. A partir disso, o desenvolvimento de uma TCE caracteriza-se como uma alternativa inovadora de materialização do conhecimento, criatividade, reflexão e crítica deste profissional diante da proposição de alternativas que possibilitem a transformação de uma realidade (unidade de cirurgia geral).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Tendo em vista que este estudo buscou desenvolver, coletivamente, uma tecnologia, que possibilite a aplicabilidade prática para os atores sociais envolvidos. Assim, a partir do percurso metodológico escolhido, acredita-se ser possível desenvolver um produto ou processo tecnológico que apresente potencial “cuidativo-educativo”, ou seja, que entrelace a educação e o cuidado na práxis dos profissionais de saúde. Frente ao exposto, o processo de desenvolvimento da proposição tecnológica foi desencadeado a partir da reflexão crítica sobre a práxis dos profissionais envolvidos nesta construção.

3.1 DESENHO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo de desenvolvimento metodológico, que é considerada uma estratégia de pesquisa, que visa, mediante o uso de maneira sistemática dos conhecimentos existentes, elaborar ou melhorar um instrumento, método de pesquisa, ou um novo dispositivo/ferramenta por meio do desenvolvimento, validação e avaliação (POLIT; BECK, 2011).

De acordo com as autoras supracitadas, a pesquisa de desenvolvimento metodológico envolve investigação dos métodos de obtenção, organização de dados e condução de pesquisas rigorosas. Os estudos metodológicos tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, com o objetivo de construir instrumentos sólidos, confiáveis e precisos, que possam ser empregados por outras pessoas, seja pesquisador ou cliente, além de ser aplicável em qualquer disciplina científica, lidando com fenômenos complexos como o comportamento ou a saúde dos indivíduos.

Para Demo (1994; 2000), esse tipo de pesquisa é considerado uma estratégia que utiliza de maneira sistemática os conhecimentos existentes para a elaboração de uma nova intervenção ou melhora significativa de uma intervenção já existente. Ainda, pode ser utilizada para elaborar ou melhorar um instrumento, dispositivo ou método de investigação.

Na pesquisa de desenvolvimento metodológico as abordagens quantitativa e qualitativa são consideradas importantes, pois possibilitam precisar e analisar sugestões, opiniões, contribuições e ideias dos participantes da investigação (DEMO, 2000; POLIT; BECK, 2011).

Frente ao exposto, o delineamento metodológico permitiu o desenvolvimento de um novo roteiro metodológico. Ainda, possibilitou por meio da subjetividade e singularidade das vivências/experiências dos profissionais de saúde, a identificação de necessidades, sugestões e demandas para a construção de uma proposição de tecnologia cuidativo-educativa.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi realizado na unidade de cirurgia geral de um Hospital Universitário (HU) referência para o ensino, pesquisa, extensão e assistência para região central do Estado do Rio Grande do Sul (RS). A escolha deste cenário deu-se devido à experiência acadêmica prévia da pesquisadora durante a realização de vivências acadêmicas, estágio supervisionado I e II, e durante a realização do Trabalho de Conclusão de Curso, onde emergiram questões como a dificuldade de orientações e cuidados com o paciente e seu acompanhante, devido a falta de instrumento norteador para a equipe multiprofissional de saúde.

O HU foi criado em 1970, sendo considerado referência de média e alta complexidade para a região central do RS. O HU oferta para a comunidade regional um total de 396 leitos destinados para atendimento ambulatorial, atenção psicossocial, centro cirúrgico, transplante de medula óssea, tratamento de crianças com câncer, unidade de cirurgia geral, clínica médica I, clínica médica II, ginecologia, internação domiciliar, nefrologia, obstetrícia, pediatria clínica e cirúrgica, pronto-atendimento adulto, pronto atendimento obstétrico, pronto-atendimento pediátrico, unidade coronariana intensiva adulto, unidade de terapia intensiva ao recém-nascido, unidade intermediária de tratamento ao recém-nascido, unidade de tratamento intensivo adulto e unidade de tratamento intensivo pediátrica. Além disso, possui salas para atendimento ambulatorial, atendimento de emergência, e para atendimento às gestantes (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2017).

A unidade de cirurgia geral possui 52 leitos adultos, distribuídos a pacientes pré e pós-cirúrgicos. Estes leitos são divididos em quartos com leitos destinados a pacientes do sexo masculino e feminino, compreendendo seis quartos com cinco leitos e 11 quartos com dois leitos cada (quarto semiprivativo). Quanto a equipe de trabalho, a unidade conta com profissionais médicos de diferentes especialidades cirúrgicas (Cabeça e Pescoço, Aparelho Digestivo, Geral, Plástica, Torácica, Vascular, Proctologia, Traumatologia e Urologia); fisioterapeutas; terapeutas ocupacionais; psicólogos; assistente social e equipe de enfermagem.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Primeiramente, para a seleção dos participantes, foi realizada consulta nas escalas de trabalho das unidades em questão, fez-se o mapeamento do número de profissionais de saúde atuantes na unidade de cirurgia geral, a saber:

Quadro 1. Quantitativo de profissionais atuantes na unidade de cirurgia geral do HU no período da coleta de dados, distribuídos entre os turnos da manhã, tarde e noite.

ÁREA DE ATUAÇÃO	NÚMERO DE PROFISSIONAIS
Assistência social	1
Enfermeiros	M: 6 T: 6 N: 5
Téc. de enfermagem	M: 10 T: 10 N: 15
Aux. de enfermagem	M: 1 T: 0 N: 4
Fisioterapia	4
Fonoaudiologia	1
Nutrição	4
Residentes da Medicina	
C. de cabeça e pescoço	2
C. do aparelho digestivo	2
C. Geral e C. Plástica	6
C. Oncológica	1
C.. Torácica	2
C. Vascular	3
Cardiologia	2
Neurologia	7
Pneumologia	3
Proctologia	3
Traumatologia	3
Urologia	3
Total:	104

Fonte: produção da pesquisadora.

Posteriormente a esse levantamento, os participantes foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: possuir escala de trabalho nos turnos manhã e tarde, atuar no mínimo há seis meses na referida unidade, e critérios de exclusão: estar em férias, laudo, licença maternidade ou qualquer outra espécie de afastamento das atividades no período de realização da coleta de dados. Quanto ao critério de atuação de no mínimo seis meses, este foi

adotado subentendendo que este profissional possuísse a ambientação na realidade do serviço, no que tange às suas práticas, rotinas e estar ligado direta ou indiretamente às atividades assistenciais educacionais e/ou gerenciais da unidade. Em relação ao critério de atuação nos turnos manhã e tarde, deve-se ao fato da equipe multiprofissional estar presente na unidade nestes turnos. No turno da noite encontra-se na unidade apenas a equipe de enfermagem.

Referente aos critérios de inclusão e exclusão: 24 profissionais de saúde não possuíam escala de trabalho nos turnos manhã e tarde; 13 atuavam a menos de seis meses na unidade; 12 encontravam-se de férias, laudo, licença maternidade ou outra espécie de afastamento das atividades no período de realização da coleta de dados. A partir do exposto, dos 104 profissionais de saúde atuantes na unidade, 55 estavam aptos a participar da pesquisa. Após o convite para a participação da pesquisa, 32 profissionais de saúde optaram pela não participação na pesquisa. Assim, a amostra final foi composta por 23 profissionais de saúde. Salienta-se que esta pesquisa não conta com profissionais da medicina (residentes), pois os mesmos não aceitaram participar da pesquisa.

3.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados, foi utilizado um modelo para o desenvolvimento metodológico, que inclui: diagnóstico da realidade, teorização, análise e desenho coletivo da proposta tecnológica, teorização e desenvolvimento, apreciação, desenho final, validação e avaliação. Durante o desenvolvimento das etapas deste modelo, foram utilizadas as técnicas de observação não participante e grupo focal.

Para Minayo (2013, p.274), “a observação é uma forma de complementar a compreensão da realidade empírica”. Esta técnica permite ao pesquisador manter contato com a comunidade, grupo ou realidade estudada sem relacionar-se com ela, assim, permanecendo apenas como observador (MARCONI; LAKATOS, 2010). Na observação não-participante o pesquisador presencia o fato, mas não participa dele; não se deixa envolver pelas situações; faz mais o papel de expectador. Isso, porém, não quer dizer que a observação não seja consciente, dirigida, ordenada para um fim determinado. O procedimento tem caráter sistemático, permitindo que o observador se guie por um percurso observacional bem estruturado visando a menor probabilidade de interferência sob o(s) sujeito(s)/cenário estudado (MARCONI; LAKATOS, 2010). Assim, as observações foram realizadas após os profissionais aceitarem participar da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) e entrega do Termo de Confidencialidade (APÊNDICE B).

Foi utilizado um diário de campo para registro das observações, neste foram descritas a rotina de trabalho da equipe de saúde da unidade de cirurgia geral e as ações cuidativo-educativas e orientações no período peri-operatório. Após esta sistemática, os dados foram agrupados para, posteriormente, iniciar a análise preliminar. Frente ao exposto, justifica-se a escolha da observação não participante como uma das técnicas para a coleta de dados, pela possibilidade desta relatar as práticas cotidianas dos profissionais de saúde e os fatos relevantes capazes de influenciar no processo de trabalho, tornando o conhecimento, quanto à dinâmica do serviço completo e enriquecedor. A utilização desta técnica objetivou captar as rotinas dos profissionais de saúde na sua práxis cuidativo-educacional no âmbito do hospital.

Em sequência, a técnica escolhida para contemplar os objetivos do estudo em questão foi o grupo focal (GF), o qual se propôs investigar um tema em profundidade por meio de uma abordagem coletiva, valorizando a interação grupal, além de possibilitar a troca de ideias, experiências, sentimentos, valores, comportamentos e pontos de vistas, proporcionando a reflexão e, até mesmo, a mudança de opinião ou fundamentação da posição inicial (DALL'AGNOL *et.al.*, 2012). Nessa técnica, “os sujeitos participantes tornam-se protagonistas, na medida em que aprendem, dialogam e participam da construção dos resultados da pesquisa” (DALL'AGNOL *et al.*, 2012, p. 189).

A composição do GF pode ser intencional, desde que haja um ponto de semelhança entre os participantes. No que tange à duração das sessões, os GF's podem ter um tempo de duração entre uma e duas horas, para evitar prejuízos em função do cansaço e desgaste mental (DALL'AGNOL *et.al.*, 2012; RESSEL *et.al.*, 2008). Para tanto, neste estudo utilizou-se como ponto de semelhança os participantes serem profissionais de saúde atuantes na Unidade de Cirurgia Geral do referido HU. O tempo de duração dos GF's foi em média de uma hora para não comprometer o processo de trabalho dos profissionais de saúde participantes.

No que se refere ao local, este deve promover a participação e propiciar uma interação face a face. Os momentos para a realização dos GF's devem ser de acordo com a disponibilidade dos participantes. (DALL'AGNOL *et.al.*, 2012; RESSEL *et.al.*, 2008). Assim, o local foi de escolha dos participantes, bem como os momentos para sua realização. Os GF's foram realizados dentro da unidade, na sala de lanche, com as cadeiras dispostas em círculo de modo a promover o contato visual entre os participantes. O momento escolhido pelos participantes foi o intervalo para lanche durante a jornada de trabalho. Para que os profissionais de saúde atuantes nos turnos da manhã e tarde pudessem ser contemplados,

foram realizados GF's nos dois turnos. Assim, foram realizados seis encontros no total, sendo três no turno da manhã e três no turno da tarde.

A pesquisadora atuou como mediadora, procurando facilitar a interação dos participantes e propiciar o pensar e a troca de experiências no grupo, assegurando o espaço para que todos se expressassem. As sessões também contaram com dois observadores (discentes de enfermagem/bolsistas), que auxiliaram na organização dos GF's. Os observadores foram capacitados pela pesquisadora para exercer esta atividade.

Para a operacionalização da dinâmica dos encontros foram elaborados guias de tópicos para o desenvolvimento das sessões grupais, de acordo com os propósitos da pesquisa (APÊNDICE C). Ressalta-se que as informações obtidas nos GF's foram gravadas em áudio em gravador digital, mediante autorização, e posteriormente, transcritas para sua análise.

3.5 ROTEIRO METODOLÓGICO PARA O DESENVOLVIMENTO COLETIVO DA PROPOSIÇÃO TECNOLÓGICA CUIDATIVO-EDUCACIONAL

Para o presente estudo, foi desenvolvido pela pesquisadora um roteiro metodológico com oito etapas: diagnóstico da realidade, teorização, análise e desenho coletivo da proposta tecnológica, teorização e desenvolvimento, apreciação, desenho final, validação e avaliação. A seguir, a descrição das etapas do roteiro para o desenvolvimento metodológico. Neste estudo foram desenvolvidas as seis primeiras etapas, e as etapas sete (validação) e oito (avaliação), serão realizadas em outras pesquisas.

Etapa 1 – Diagnóstico da realidade: nesta primeira etapa, a pesquisadora foi ao campo a fim de conhecer a realidade vivenciada pelos profissionais de saúde que atuam na unidade de cirurgia geral e também dos pacientes internados na unidade. Inicialmente, foi realizada observação não participante, com utilização de diário de campo como instrumento para registro, a fim de identificar as possíveis demandas para a construção de uma proposição de TCE. A escolha dos profissionais de saúde foi intencional, e buscou-se ao menos um representante de cada profissão da equipe multiprofissional atuante na unidade de cirurgia geral. Foram observados 12 profissionais de saúde nos turnos da manhã e tarde, sendo estes profissionais: quatro enfermeiros, duas fisioterapeutas, dois nutricionistas, dois técnicos de enfermagem, um assistente social e um fonoaudiólogo. O tempo de observação destes profissionais totalizou 170 horas e 53 minutos.

Quadro 2. Caracterização dos profissionais observados e tempo de observação.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE OBSERVADOS	
PROFISSIONAL	TEMPO OBSERVADO
PS1	12 horas e 50 min.
PS2	15 horas e 55 min.
PS3	17 horas e 05 min.
PS4	13 horas e 25 min.
PS5	14 horas e 20 min.
PS7	10 horas e 10 min.
PS10	16 horas e 08 min.
PS12	15 horas
PS13	15 horas e 17 min.
PS14	17 horas
PS17	9 horas
PS19	14 horas e 43 min.
TOTAL DE HORAS OBSERVADAS: 170 horas e 53 min.	

Fonte: Produção da pesquisadora.

Os resultados provenientes destas observações foram o ponto de partida para as etapas do Grupo Focal. Nesta etapa foram realizados dois GF's, um pela manhã e o outro a tarde a fim possibilitar a participação dos profissionais de saúde dentro de seus diferentes turnos de trabalho. Os 12 profissionais de saúde observados foram convidados a participar dos encontros, bem como os demais membros da equipe multiprofissional atuante na unidade.

Participaram seis profissionais de saúde no GF do turno da manhã, sendo estes profissionais: dois fisioterapeutas, dois técnicos de enfermagem e dois enfermeiros. No turno da tarde, participaram do GF 12 profissionais, sendo: cinco enfermeiros, dois nutricionistas, quatro técnicos em enfermagem, um fisioterapeuta.

Quadro 3. Representação dos participantes dos grupos focais na etapa 1 (Diagnóstico da realidade).

PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL		
	MANHÃ	TARDE
ETAPA 1 Observação e Diagnóstico da realidade	PS4	PS3 PS5
	PS9	PS6 PS8
	PS10	PS14 PS15
	PS11	PS16 PS17
	PS12	PS18 PS19
	PS13	PS20 PS21
	Nº de participantes: 6	Nº de participantes: 12

Fonte: Produção da pesquisadora.

Em conjunto com os profissionais, foi discutido e elaborado o diagnóstico da realidade em que atuam, sendo: **deficiência das orientações pré e pós operatórias e pré alta hospitalar**. Em relação a esse diagnóstico, surgem alguns questionamentos: Qual o motivo para tal deficiência das orientações pré e pós operatórias e pré alta hospitalar? O quantitativo de funcionários é insuficiente para o atendimento das demandas dos pacientes/acompanhantes? A unidade de cirurgia geral tem condições atualmente para atender as necessidades dos pacientes/acompanhantes? O que pode ser realizado para auxiliar os profissionais de saúde nestas orientações dentro da realidade atual do cenário?

Etapa 2 – Teorização: a partir do diagnóstico de deficiência das orientações pré e pós operatórias e pré alta hospitalar, realizou-se uma busca em bases de dados, com o intuito de atualizar o conhecimento acerca das TCEs já existentes. Essa etapa caracterizou-se por trazer o referencial teórico científico orientado a partir do diagnóstico com embasamento científico para responder posteriormente às questões/problemas apontados.

Para esta etapa, foi desenvolvida uma questão norteadora, a saber: “Quais são as tecnologias de cuidado e educação utilizadas ou desenvolvidas para o cenário cirúrgico?” Na seleção dos artigos, utilizou-se o acesso on-line em duas bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), utilizando os descritores “cirurgia” e “educação em saúde” mediados pelo operador booleano “and”, visando ampliar o quantitativo de estudos.; PubMed/ Medline (National Library of Medicine), utilizando os *MeSH Terms* “Teaching Materials” e “Surgery” mediados pelo operador booleano “and”, visando ampliar o quantitativo de estudos. A busca dos artigos ocorreu entre os meses de julho a setembro de 2018. Os descritores foram extraídos do DECS (Descritores em Ciências da Saúde) do Portal BVS e do MESH (Medical Subject Headings) da National Library.

Os critérios de inclusão estabelecidos para a busca foram artigos de pesquisa: escritos em português, inglês e espanhol, disponíveis eletronicamente na íntegra e que abordassem o uso de tecnologias de cuidado e/ou educação voltadas à educação em saúde do paciente cirúrgico e/ou familiares e/ou profissionais de saúde. Foram excluídos: editoriais, cartas ao editor, estudos reflexivos, bem como estudos que não abordassem temática relevante ao objetivo do estudo.

Encontrou-se um total de 782 artigos científicos nas duas bases mencionadas. Contudo, a amostra final foi composta por 15 publicações, aos quais atendiam aos critérios estabelecidos. Os artigos foram excluídos pelos seguintes motivos: não responderem a questão norteadora deste estudo, estarem repetidos e não se constituírem artigo de pesquisa. Dos 15 artigos selecionados, nove foram identificados na PubMed/Medline e seis na LILACS.

Dos estudos, oito estão no idioma português e sete no inglês. Os anos de publicação prevalentes foram 2012 e 2017, com quatro estudos cada, seguido por 2016 com três estudos, e 2013, 2009, 2008 e 2003 com um estudo em cada ano.

A tecnologia educativa predominou em 14 estudos, e um estudo sobre tecnologias de cuidados, não houve estudos sobre tecnologias cuidativo-educacionais. Quanto ao formato destas tecnologias, os estudos apresentaram sete vídeos, seis materiais impressos (manuais, folders e cartilhas), um apresentou os dois formatos (vídeo e material impresso), e um programa educativo. Em relação ao público-alvo destas tecnologias, 11 foram destinadas a pacientes, um a cuidadores/acompanhantes, uma para ambos (pacientes e cuidadores/acompanhantes), e dois para profissionais de saúde.

Etapa 3 – Análise e Desenho coletivo da Proposta Tecnológica: com a busca na literatura realizada, os achados foram apresentados aos participantes da pesquisa, para apreciação, bem como uma proposta preliminar de uma TCE. Foram realizados dois encontros, em que, no turno da manhã, participaram sete profissionais de saúde: um fonoaudiólogo, um fisioterapeuta, três técnicos de enfermagem e um enfermeiro). No turno da tarde, participaram seis profissionais: um enfermeiro, três técnicos em enfermagem, um fisioterapeuta e uma nutricionista. Nesta terceira etapa, participaram profissionais de saúde que foram observados, que estavam presentes na primeira etapa e também profissionais que ainda não haviam participado.

Quadro 4. Representação dos participantes dos grupos focais na etapa 3 (Análise e desenho coletivo da proposta tecnológica).

PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL		
	MANHÃ	TARDE
ETAPA 3 Análise e desenho coletivo da proposta tecnológica	PS2	PS3
	PS9	PS6
	PS10	PS8
	PS11	PS14
	PS15	PS17
	PS22	PS21
	PS23	
	Nº de participantes: 7	Nº de participantes:6

Fonte: Produção da pesquisadora.

Nesta etapa foi delineada, em conjunto e consenso com os profissionais participantes por meio de GF, **uma proposta de tecnologia cuidativo-educacional voltada à preparação do paciente e acompanhantes para a alta hospitalar a ser utilizada pelos profissionais de**

saúde. A proposição tecnológica foi direcionada para dispositivos de que os pacientes utilizarão após a alta hospitalar ao retornarem para suas residências e necessitarão continuar a realizar os cuidados no domicílio, como: sonda vesical de demora, sonda nasoenteral, sonda naso gástrica, jejunostomia, gastrostomia, traqueostomia, ostomias de eliminação e também principais cuidados com ferida operatória.

Etapa 4 – Teorização e Desenvolvimento: a pesquisadora retornou a literatura a fim de complementar a teorização da tecnologia, e assim subsidiar o início do seu desenvolvimento. Foram realizadas buscas nas principais literaturas (livros e artigos científicos) acerca das características necessárias a proposição de TCE, para elaboração do material. Ainda, buscaram-se imagens para propiciar maior entendimento. Os materiais foram desenvolvidos em formato escrito e com a utilização de imagens oriundas de livros para ilustração, estes abordaram os seguintes dispositivos e seus cuidados: ferida operatória, traqueostomia, sondas nasoenteral e nasogástrica, gastrostomia e jejunostomia, ostomias de eliminação, sondagem vesical intermitente no domicílio, e sondagem vesical de demora.

Concomitantemente, iniciou-se o contato com o setor responsável pela criação de um espaço online para inserção da proposição tecnológica. Foram realizados encontros com o responsável pelo Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação - SGPTI do Hospital Universitário de Santa Maria para apresentação da proposta e para verificar a forma mais viável de construção do espaço.

O SGPTI é responsável pelos recursos tecnológicos do HUSM. Entre suas atribuições pode-se destacar: suporte aos usuários em software e hardware, manutenção preventiva e corretiva de computadores e impressoras, além de toda a infraestrutura de rede; monitoramento de toda a infraestrutura de rede do Hospital; projetos de expansão de rede lógica; desenvolvimento de sistemas de apoio a gestão com integração a outros sistemas do Hospital; e gestão da telefonia fixa e móvel. Sua equipe é composta por profissionais de tecnologia da informação, assistentes administrativos, recepcionista e bolsistas de graduação.

No primeiro encontro, foram realizadas as apresentações dos pesquisadores e apresentado o objetivo da pesquisa bem como o delineamento da TCE em desenvolvimento com a equipe multiprofissional de saúde da unidade de cirurgia geral. Posteriormente, no segundo encontro, foi delimitada a possibilidade da criação de um espaço para a inserção da

proposição de TCE dentro da *intranet*¹, devido a sobrecarga de conteúdo já existente dentro do sistema da instituição hospitalar.

No terceiro encontro, foi criado um espaço dentro da *intranet*. Ao entrar neste espaço, os materiais foram incluídos e organizados dentro do item “**Pesquisa**”. Este espaço foi construído com o intuito de organizar e socializar novas pesquisas que venham desenvolver algum tipo de material para os profissionais de saúde do HU utilizarem em sua práxis.

Etapa 5 – Apreciação: nesta etapa, foi realizada a apreciação da proposição de TCE pelos profissionais de saúde por meio da discussão sobre o material produzido e as mudanças e ajustes necessários pelos participantes no GF. Novamente foram realizados dois encontros, nos quais participaram cinco profissionais de saúde no turno da manhã, sendo estes profissionais: dois enfermeiros, dois fisioterapeutas, uma fonoaudióloga e um técnico em enfermagem. No turno da tarde, participaram sete profissionais: dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, um fisioterapeuta, um assistente social, um nutricionista.

Quadro 5. Representação dos participantes dos grupos focais na etapa 5 (apreciação).

<u>PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL</u>		
	MANHÃ	TARDE
ETAPA 5 Apreciação	PS2 PS4 PS8 PS10 PS12 PS17	PS1 PS3 PS5 PS6 PS9 PS14 PS15
	Nº de participantes: 6	Nº de participantes: 7

Fonte: Produção da pesquisadora.

Os ajustes e modificações julgados necessários pelos participantes da pesquisa foram quanto a adequação da linguagem e de algumas expressões cotidianas do cenário de atuação hospitalar, bem como a retirada de informações excessivas, como: substituição das palavras rubor e piúria por vermelhidão e “urina com pus” respectivamente, a fim de favorecer a

¹ Para melhor compreensão do que é a *intranet*, nesse estudo utiliza-se a definição de O’Brien (2003), como uma rede interna com uso de tecnologia de internet que permite o mesmo ambiente dentro de uma organização para suporte a seus processos internos, compartilhamento de informações e comunicação. A *intranet* utiliza tecnologias que incluem sistemas de banco de dados, e-mail, calendários eletrônicos, gerenciamento de documentos, além de possibilitarem a obtenção, organização, armazenamento, retenção, distribuição e apresentação de informações (LEE e KIM, 2009).

compreensão de pacientes e acompanhantes. Ainda, foi retirada a orientação de aplicar gotas de solução fisiológica dentro da traqueostomia para aumentar a efetividade da aspiração devido risco de demasia em sua utilização. O objetivo desta etapa foi apreciar o conteúdo, analisando se o mesmo correspondia a finalidade de auxiliar os profissionais de saúde a promover orientação clara e efetiva junto a pacientes e acompanhantes.

Etapa 6 - Desenho Final: após a realização das adequações sugeridas, os materiais desenvolvidos foram inseridos na *intranet* para uso de todos os profissionais de saúde da unidade. Assim, no momento que os profissionais entrarem na intranet poderão visualizar na barra a esquerda a pasta intitulada “Pesquisa”. Ao abrir a mesma, encontra-se o título da presente pesquisa (Desenvolvimento de proposição tecnológica cuidativo-educacional com a equipe multiprofissional de uma unidade cirúrgica), onde está inserido o material produzido: Guia para preparo da alta hospitalar do paciente/acompanhante cirúrgico (APÊNDICE D). Cabe ainda ressaltar, que dentro da *intranet* foram inseridos os temas em itens separadamente para facilitar o acesso de conteúdos específicos pelos profissionais de saúde. Ainda, esta proposição tecnológica conta com um vídeo² produzido pela instituição, onde traz aspectos sobre o preparo e administração de dieta via sonda, higiene dos materiais e cuidados com o paciente durante a infusão.

² O vídeo encontra-se disponível também na internet no site eletrônico: <https://www.youtube.com/watch?v=B5viKtaS6dI>.

Figura 1. *Print screen* (captura da imagem) de tela *intranet* “Pesquisa - Desenvolvimento de proposição tecnológica cuidativo-educacional com a equipe multiprofissional de uma unidade cirúrgica”.

HUSM | INTRANET
Hospital Universitário de Santa Maria

Olá RODRIGO! | Sair

Notícias

Informações ▾

Sistemas de gestão ▾

Manuais (POPs) e Protocolos ▾

Formulários

Pesquisa ←

Modelos assistenciais

GEP ▾

Controle de acesso

Desenvolvimento de proposição tecnológica cuidativo-educacional com a equipe multiprofissional de uma unidade cirúrgica

Documentos

- Curativo de ferida operatória
- Gastrostomia e jejunostomia
- Ostomias de eliminação
- Sondagem vesical intermitente no domicílio
- Sonda nasointestinal e nasogástrica
- Sonda vesical de demora
- Traqueostomia

Vídeos

Orientação quanto a alimentação por sonda

Etapa 7 – Validação: nesta etapa, será realizada a validação com público alvo e juízes de diversas áreas de formação, que possam contribuir com a TCE desenvolvida. Para a seleção dos juízes serão estabelecidos os critérios de inclusão após reunião de consenso entre pesquisador e orientador.

Etapa 8 – Avaliação: na última etapa, a proposição da tecnologia será inserida no campo para avaliação quanto a sua potencialidade de empoderamento/usabilidade do sujeito, bem como se a mesma trouxer benefícios para as pessoas envolvidas em sua utilização.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

O processo de análise dos dados proveniente das observações e grupos focais foi sustentado pelo método de análise de conteúdo de Bardin, que tem por objetivo principal ser sintetizado em manipulação das mensagens, tanto do seu conteúdo quanto da sua expressão, para colocar em evidência indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a mesma da mensagem (BARDIN, 2016).

Assim, a análise de conteúdo é o conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2016).

Para uma aplicabilidade coerente do método, de acordo com os pressupostos de uma interpretação das mensagens e dos enunciados, a Análise de Conteúdo precisa ter como ponto de partida uma organização. As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três polos, conforme Bardin: a pré-análise; a exploração do material; e, por fim, o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação (BARDIN, 2016).

Na pré-análise, foram escolhidos os materiais para a análise (transcrições das gravações dos GF's e observações), retomando-se os objetivos iniciais da pesquisa e elaborando-se os indicadores que orientaram a interpretação final dos resultados. Foi realizada também, uma leitura flutuante de cada transcrição dos GF e das observações. Depois disso, foram seguidas às regras da exaustividade (esgotar a totalidade da comunicação), representatividade (amostra deve representar o universo), homogeneidade (dados obtidos por técnicas e iguais e referir-se ao mesmo tema), pertinência (os documentos precisam ser condizentes aos objetivos da pesquisa) e exclusividade (um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria). Após, foi iniciado o processo de marcação de

palavras e/ou expressões que respondiam ao objeto em estudo, que indicassem cuidado e/ou educação.

Figura 2. Representação sistemática da primeira etapa de análise.

Observação – PS4
<p>Profissional de saúde entra no quarto do paciente e apresenta-se ligeiramente, informa que realizará seu atendimento. Coloca as luvas e conversa com a paciente sobre a cirurgia realizada no dia anterior, questiona sobre algum desconforto respiratório e após explica sobre o procedimento:</p> <p>“Ao tirar uma porção do pulmão, ele vai acumulando líquido no espaço que ficou vazio, e por isso precisa por o dreno de tórax para drenar. Quando puder tirar o dreno do peito pode ir para casa. Mas para isso, precisa ficar mais tempo sentada para o líquido poder sair pelo dreno e fazer os exercícios mesmo quando eu não estou. Precisa respirar fundo, mesmo que doa um pouco, e precisa respirar como se estivesse tomando goles de água para expandir o pulmão.”</p> <p>Orienta também alguns exercícios para iniciar após a retirada do dreno e retorno a sua casa.</p> <p>“ Vou ensinar um exercício. Quando o braço vai até a altura dos ombros dói menos ao entrar o ar. Respira e depois solta o ar. Quanto mais fundo for a respiração melhor, o resto do pulmão que ficou pode aumentar e ocupar o lugar do pedaço que foi tirado.”</p> <p>A acompanhante é orientada também quanto à respiração e a eliminação do catarro que ocorrerá após os exercícios. Despede-se e lava as mãos.</p>

Fonte: produção da pesquisadora.

A exploração do material é a operação de analisar o texto sistematicamente em função das categorias formadas anteriormente (BARDIN, 2016). Essa exploração foi embasada na operação de codificação, com a transformação dos dados brutos, a fim de alcançarem o núcleo de compreensão do texto. Diante disso, foi realizada uma leitura, com profundidade e exaustividade das entrevistas e observações, destacando-se os temas que emergirem em cada uma delas, com a sua codificação, ou seja, na escolha de unidades de registro (palavras e/ou expressões) e unidades de contexto (frases e/ou parágrafos), a seleção de regras de contagem e a escolha de categorias. Após, iniciou-se o recorte do texto e elencadas as categorias e os temas que emergiram das falas dos participantes sobre o objeto central deste estudo. Na execução desta operação, os fragmentos de interesse para a pesquisa foram reorganizados e agrupados, por perfil e semelhança, surgindo, assim, as modalidades de codificação para a análise, conforme os objetivos propostos.

Figura 3. Representação da etapa de exploração do material, momento de extração das unidades de registro e contexto.

Extração das unidades de contexto

Profissional de saúde **orienta o paciente quanto ao manuseio do fixador externo durante a realização do curativo:** *“esses ferros que a gente chama de fixador, serve para deixar preso o osso que quebrou, para não curar torto. Nem sempre o gesso vai adiantar, aí é colocado o fixador. Ainda mais que você está com lesões abertas aqui na perna, aí a gente precisa trocar o curativo todos os dias, para cicatrizar bem e não dar uma infecção. Você pode erguer a perna, mas sempre tem que pegar no ferro aqui de cima, aí da pra pegar sem medo.”* (trecho do diário de campo, PS1, 05/04/2018, de 08:30 às 12:00 h)

Profissional de saúde vai até o **leito** para realizar um curativo. **Durante o procedimento orienta a acompanhante:** *“precisa hidratar o local com óleo a base de ácido graxos essenciais, três vezes ao dia, pois a lesão está com bom aspecto de cicatrização. Isso pode acontecer com os pacientes que ficam muito tempo sentados ou deitados, a gente não gosta, mas acontece. Esse óleo pode **usar em casa** depois também, é muito bom para prevenir as lesões.”* (trecho do diário de campo, PS3, 18/04/2018, de 14:30 às 16:30 h)

Vai até o paciente, calça as luvas e inicia alguns exercícios respiratórios. **Durante o atendimento explica sobre alguns aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico realizado no dia anterior:** *“ao tirar uma porção do pulmão, ele vai acumulando líquido no espaço que ficou vazio, e por isso precisa por o dreno de tórax para drenar. Quando puder tirar o dreno do peito pode ir para casa. Mas para isso, precisa ficar mais tempo sentada para o líquido poder sair pelo dreno e fazer os exercícios mesmo quando eu não estou. Precisa respirar fundo, mesmo que doa um pouco, e precisa respirar como se estivesse tomando goles de água para expandir o pulmão.”* **Orienta também alguns exercícios para iniciar após** a retirada do dreno e **retorno a sua casa:** *“vou ensinar um exercício. Quando o braço vai até a altura dos ombros dói menos ao entrar o ar. Respira e depois solta o ar. Quanto mais fundo for a respiração melhor, o resto do pulmão que ficou pode aumentar e ocupar o lugar do pedaço que foi tirado.”* (trecho do diário de campo, PS4, 14/04/2018, de 08:40 às 09:40 h)

Fonte: produção da pesquisadora.

O tratamento, inferência e interpretação dos resultados foi realizado a partir da análise de conteúdo. Os temas foram colocados em evidência e as informações obtidas através do GF e observações foram inseridas e organizadas de acordo com cada tema. Após, iniciou-se à releitura do material categorizado e à reflexão crítica dos resultados, com a finalidade de

articular estes resultados obtidos a luz da literatura científica, a fim de embasar, comparar e discutir teoricamente os resultados da investigação e visando responder à questão de pesquisa.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados os dispositivos legais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/2012, que define as diretrizes e normas regulamentadoras das atividades de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi registrado no Sistema de Informações para o Ensino, no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM e na Plataforma Brasil. Seguindo os aspectos éticos, este estudo foi encaminhado para apreciação da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do HUSM, visando formalizar a realização da pesquisa nesta instituição. Após a aprovação da GEP e recebimento do documento de aprovação institucional (ANEXO A). O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), para avaliação e apreciação dos avaliadores, e aprovado em 21 de dezembro de 2017, sob CAAE 80730717.3.0000.5346 (ANEXO B).

Os participantes envolvidos neste estudo foram familiarizados com os objetivos propostos pela pesquisa, bem como sobre as técnicas utilizadas para a coleta dos dados e, posteriormente convidados a participar do estudo e incluídos, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A), em duas vias, ficando uma com o participante da pesquisa, e outra com o pesquisador. Por meio deste e do Termo de Confidencialidade dos dados (APÊNDICE B) foi garantido o caráter confidencial e o anonimato. Todo material oriundo da coleta de dados encontra-se, em sua totalidade, sob a posse e responsabilidade da pesquisadora orientadora, ficando por um período máximo e recomendado eticamente de cinco anos.

Em conformidade com os princípios norteadores da justiça e equidade, o acesso, convite e seleção dos profissionais aconteceram de modo a contemplar aqueles que expressaram disposição para participar e foram respeitados aqueles que não aceitaram o convite. Foi vetada qualquer forma de pagamento e/ou recebimento de quaisquer formas de gratificações em virtude de sua participação. A qualidade das respostas não acarretou em prejuízos trabalhistas para os profissionais de saúde. Os participantes desta pesquisa não foram identificados em nenhum momento.

A pesquisa oferece benefícios para seus pesquisados, à medida que as informações produzidas proporcionou reflexões aos profissionais de saúde sobre sua práxis e, sua

formação acadêmica/profissional, ainda, uma visão mais ampliada do que é tecnologia e tecnologia cuidativo-educacional, como estas contribuem para o cuidado e educação e como podem ser produzidas e utilizadas. Para a realização dos grupos focais respeitou-se, a preferência por data, horário e fácil acessibilidade de local, que proporcionou conforto, sigilo, tranquilidade, entre outros. Com o intuito de preservar o anonimato, dos participantes foram identificados por profissional de saúde (PS) seguido por sistema alfanumérico (PS1, PS2, P3...).

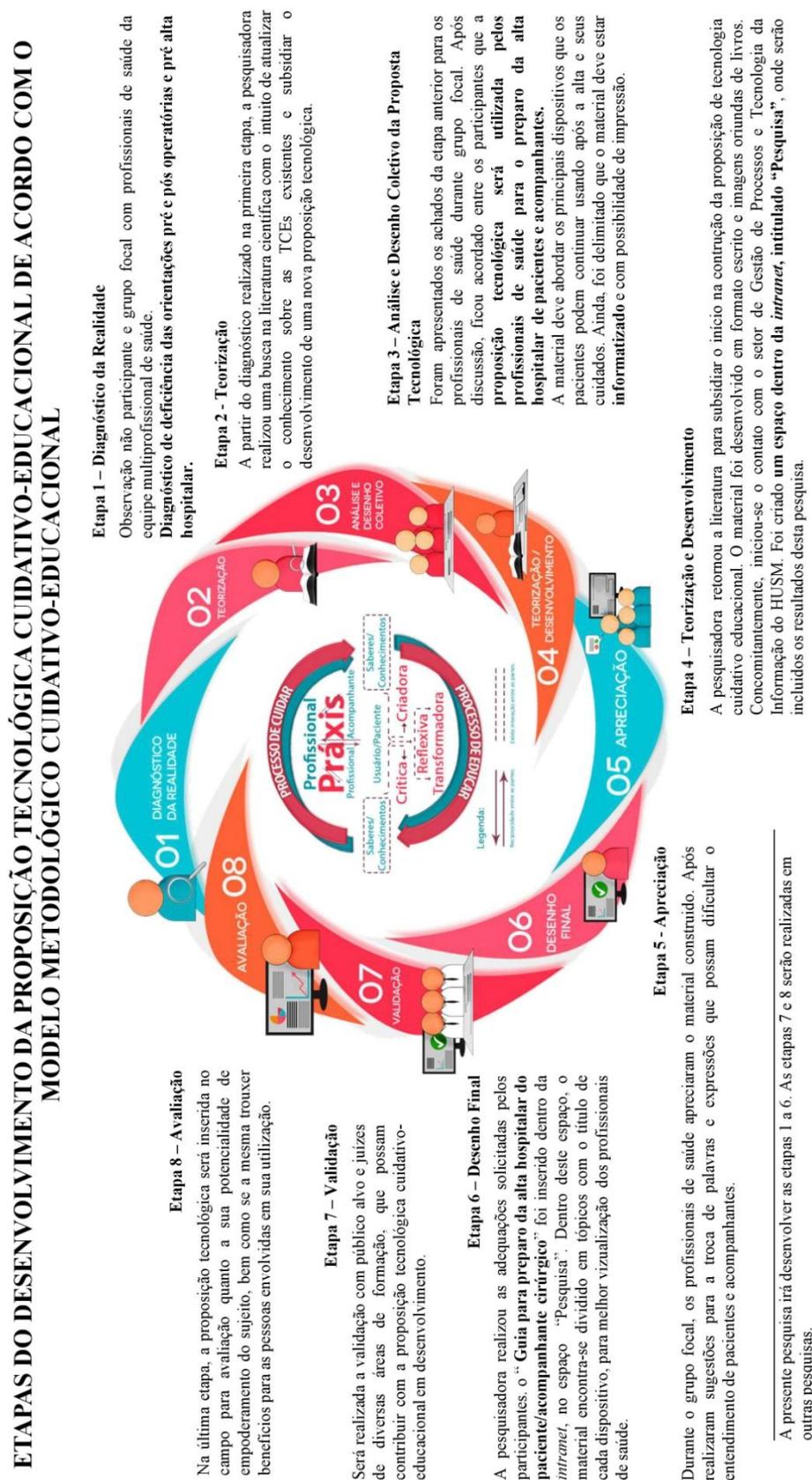
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da análise dos depoimentos e impressões, coletados por meio dos GF's e observações, emergiram duas categorias, sendo estas: categoria 1 - A práxis cuidadoso-educacional cotidiana da equipe multiprofissional de saúde; Categoria 2 - Necessidades e possibilidades para uma proposição de tecnologia cuidadoso-educacional.

Participaram da investigação 23 (100%) profissionais de saúde da unidade de cirurgia geral, que integraram os grupos focais e observação. Quanto às características/perfil sociodemográfico dos participantes, 16 (69,5%) eram do sexo feminino e sete (30,5%) do sexo masculino. Quanto a idade dos participantes, cinco (21,7%) tinham até 30 anos, 14 (60,9%) tinham entre 31 a 40 anos, dois (8,7%) entre 41 e 50 anos e dois (8,7%) estavam entre 51 a 60 anos. Com relação ao estado civil dos profissionais de saúde, oito (34,8%) eram solteiros, 11 (47,8%) eram casados, dois (8,7%) afirmaram possuir união estável e dois (8,7%) serem divorciados. Quanto a área de formação dos participantes, um (4,3%) assistente social, oito (34,8%) enfermeiros, três (13,1%) fisioterapeutas, um (4,3%) fonoaudiólogo, dois (8,7%) nutricionistas e oito (34,8%) técnicos em enfermagem. Sobre o tempo de formação, 11 (47,8%) tinham até 10 anos, dez (43,5%) entre 11 e 20 anos, e dois (8,7%) entre 21 e 30 anos de formação. Em relação ao tempo de atuação na unidade de cirurgia geral, 19 (82,6%) tinham até 10 anos de trabalho, três (13,1%) entre 11 e 20 anos, e um (4,3%) de 21 a 30 anos.

O processo de desenvolvimento da proposição tecnológica cuidadoso-educacional ocorreu de forma gradual a partir das reflexões realizadas pelos participantes. Suas características foram discutidas e delimitadas a cada etapa do processo de desenvolvimento. Nesse sentido, com o intuito de sintetizar o processo de desenvolvimento da proposição tecnológica cuidadoso-educacional a partir das etapas desenvolvidas, e de facilitar a compreensão a respeito da origem de suas características, foi elaborada a representação gráfica do seu processo de desenvolvimento na Figura 4, a seguir:

Figura 4. Representação gráfica do processo de desenvolvimento da proposição tecnológica cuidativo-educacional.



4.1 A PRÁXIS CUIDATIVO-EDUCACIONAL COTIDIANA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE

Para o entendimento da práxis dos profissionais de saúde que atuam na unidade de cirurgia geral, principalmente as vinculadas ao processo cuidadoso-educativo, também foram realizadas observações não participantes com 12 profissionais de saúde. Este processo foi de suma importância, pois a partir dele foi possível desenvolver uma crescente e gradativa reflexão com os participantes durante os grupos focais sobre as diferentes práticas cuidadoso-educativas dos profissionais de saúde da equipe multiprofissional que atuam nesta unidade.

As observações e reflexões realizadas durante os GF's foram o ponto de partida para o desenvolvimento da proposição tecnológica cuidadoso-educacional. A partir do conhecimento da práxis dos profissionais desta equipe, foi possível identificar as diferentes demandas e as reais possibilidades para o desenvolvimento da proposição tecnológica.

Nesse sentido, é possível perceber a partir dos trechos abaixo, que os 23 (100%) participantes, tem sua práxis educativa voltada, primordialmente, aos pacientes e seus acompanhantes. Os profissionais de saúde expressaram e também puderam ser observados realizando orientações direcionadas a curativos, utilização de dispositivos como fixador externo, bolsas de ostomias, sondas de alimentação e eliminação.

[...] orienta a acompanhante quanto aos cuidados com a lesão por pressão. *“Precisa hidratar o local com óleo a base de ácido graxos essenciais, três vezes ao dia, pois a lesão está com bom aspecto de cicatrização. Isso pode acontecer com os pacientes que ficam muito tempo sentados ou deitados, a gente não gosta, mas acontece. Esse óleo pode usar em casa depois também, é muito bom para prevenir as lesões.”* (trecho do diário de campo, PS3, 14/04/2018, de 14:30 às 16:30 h)

[...] durante um banho a gente já explica sobre como fazer ele (o banho) em casa depois. A mesma coisa quando troca a bolsa de colostomia, a gente faz e já vai explicando [...] não tem como voltar depois só para explicar (trecho do grupo focal, PS14, 29/05/2018, de 15:40 às 16:45h)

[...] quando a gente vai fazendo a visita dos pacientes, sempre orientamos sobre o que eles estão usando, como sonda de alimentação e sonda vesical. Orienta como manusear o fixador, onde apoiar e como pegar [...]. (trecho do grupo focal, PS19, 29/05/2018, de 15:40 às 16:45h)

Acompanha o paciente em sua caminhada pelo corredor [...] pede ao paciente para usar sua bombinha e observa sua utilização. Após orienta o paciente: *“Solta todo o ar, agora com a bombinha respira bem fundo, assim vai aproveitar tudo o que a bombinha solta. Você vai se sentir muito melhor e aproveitar bem o dinheiro gasto.”* Avalia novamente o uso da bombinha após a orientação e incentiva o paciente a continuar utilizando assim. (trecho do diário de campo, PS21, 14/05/2018, de 08:40 às 09:40 h)

No trecho do PS3 os profissionais de saúde observados falam sobre as lesões do paciente. O primeiro faz uma breve explicação sobre a necessidade de higienização da lesão e o tipo de curativo que vai utilizar. O PS3 também fala sobre outro produto utilizado para hidratação e auxílio na prevenção de lesões após alta, em seu domicílio. Em ambos momentos, é possível perceber orientações direcionadas a situações específicas, realizadas à beira do leito e com a utilização de uma linguagem simples.

As falas dos participantes PS14 e PS19 corroboram com as anteriores. Durante as discussões no GF, afirmaram utilizar também os momentos da realização de um procedimento ou durante as visitas realizadas aos pacientes para realizar orientação sobre os mais diversos aspectos e assuntos da internação.

A prática educativa parte do princípio de respeitar o universo cultural das pessoas e as formas de organização da comunidade, considera que todas as pessoas acumulam experiências, valores, crenças, conhecimentos e são detentoras de um potencial para se organizar e agir (BRASIL, 1989). Sendo assim, a orientação precisa ser elaborada de maneira clara e objetiva, utilizando um vocabulário simples, para que esta orientação não seja ritualizada, repetitiva, pois cada ser é único.

Além disso, a educação em saúde vem sendo apontada como uma estratégia que visa a promoção da saúde, sensibilizando os indivíduos para o autocuidado e, principalmente, desenvolvendo a capacidade da autonomia dos sujeitos. A educação pode desenvolver no indivíduo a consciência acerca de seus problemas de saúde e da responsabilidade, pela parte que lhe cabe, de seu cuidado (CISNEROS; GONÇALVES, 2011). O desenvolvimento da educação em saúde permite gerar transformações, entretanto essa possibilidade relaciona-se ao modo como tal ação está sendo desenvolvida pelos profissionais com a população.

Assim, o educar em saúde nos espaços hospitalares, caracterizou-se como uma importante estratégia utilizada pelos profissionais de saúde. Nesse cenário complexo da unidade de cirurgia geral, verificaram-se algumas dificuldades, com destaque para a escassez de recursos físicos, humanos, estruturais e materiais. Partindo desta lacuna, o desenvolvimento e a utilização de estratégias educativas, tais como, materiais de ensino, dinamizaram/potencializaram as atividades de Educação em Saúde em âmbito hospitalar.

Nessa perspectiva, o processo de orientar pode depreender inúmeras possibilidades, sendo que uma destas pode resultar no educar do sujeito. Em termos de cuidar-educar e educar-cuidar pelo profissional de saúde, a execução dessa estratégia, caracterizada como educação em saúde, surge para promover e fortalecer o (auto)cuidado dos pacientes frente a sua singularidade, seja ela clínica ou cirúrgica. Enquanto para os acompanhantes vem para

instrumentalizá-los, a fim de contribuir para a formação de um sujeito apto a auxiliar o paciente, no decurso de seu reestabelecer biológico, fisiológico e psicológico, durante e após a sua internação hospitalar.

Ainda sobre a questão das orientações a beira do leito, 18 (78,26%) participantes relataram e foram observados realizando orientações a beira do leito durante algum procedimento ou cuidado, como podemos ver nos trechos abaixo:

Toda a equipe da unidade sabe como é importante agendar as orientações com os pacientes e acompanhantes, deixar eles se prepararem para isso. Levar em um lugar tranquilo, mostrar foto e vídeo para ajudar a entender, porque a gente sabe que isso melhora muito a orientação. [...] Mas não tem como fazer, está sempre muito corrido, cheio de coisa pra fazer [...] se a gente consegue falar alguma coisa quando vai fazer um procedimento ou avaliação no quarto já ficamos super felizes. (trecho do grupo focal, PS4, 29/05/2018, de 09:40 às 10:22h)

Às vezes a gente vai mais direcionado aos [leitos dos] pacientes da traumatologia, que são os com uma recuperação mais demorada geralmente, é cheio de cuidados. Então tem que ficar sempre explicando como funcionam os fixadores, por onde pegar para levantar o membro que esta fixado, como apoiar. São esses que vão pra casa e que mais voltam por problemas de cuidados [...]. (trecho do grupo focal, PS17, 29/05/2018, de 15:40 às 16:45h)

É frustrante sabe! A gente corre o plantão inteiro pra dar tempo de dar uma atencãozinha para um paciente que precisa. Para poder explicar um pouco mais da cirurgia, de um dreno que vai usar um tempo, de coisas simples às vezes mas que a gente sabe que vai acalmar o paciente quando ele acordar, de ele já saber antes que vai estar com um tubo na garganta e sonda, e sem poder falar [...] aí eles não sabem e acordam assustados, tentam arrancar, tudo por que a gente não conseguiu orientar a tempo [...].(trecho do grupo focal, PS22, 29/05/2018, de 15:40 às 16:45h)

O PS4 afirma a importância da realização das orientações com um agendamento prévio com o paciente e acompanhante, em local reservados e com o auxílio de materiais ilustrativos. No entanto, em virtude da demanda de trabalho dos profissionais de saúde da unidade de cirurgia geral, estas orientações são realizadas de forma “improvisada” e aproveitando os momentos em que estão junto aos pacientes/acompanhantes realizando algum procedimento ou atendimento, o que leva ao descontentamento dos participantes como pode ser observado.

Nesse sentido, o fato de as orientações serem sido realizadas à beira do leito não as desqualificam por si só, podem, na verdade, apresentar grande efetividade. Utilizar os momentos de cuidado, como a realização de curativo para explicar sobre a evolução, o processo de cicatrização e os cuidados necessários pode ser proveitoso. O paciente pode visualizar sua lesão, entender o processo de cicatrização, acompanhar a evolução da mesma e participar ativamente dos cuidados necessários para sua recuperação.

Nietsche *et al.* (2012) inferem que a enfermagem utiliza-se do cuidado como núcleo de sua atuação, sendo entendido como um constructo complexo, constituído de dimensões múltiplas e distintas, que envolvem e desenvolvem ações, atitudes e comportamentos que se sustentam a partir do conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, social, econômico, político e psicoespiritual, buscando a promoção, a manutenção, a recuperação da saúde, a dignidade e a totalidade humana. Assim, considera-se que a utilização dessas ferramentas, durante os desdobramentos da práxis do cuidar, deve envolver um processo de ação e reflexão. A execução deste processo originará uma nova ação, com potencial de mudança, se existir algum nível de consciência envolvido (crítica, reflexiva ou emancipadora), caracterizando-se, assim, como uma práxis cuidativa efetiva, na medida em que atende seus preceitos éticos, teóricos e filosóficos.

Na visão de Vázquez (2011), esse processo pode caracterizar-se em práxis, no momento em que existe a interação entre a subjetividade do sujeito (que seria o conhecimento teórico do profissional) e o lado material (visto como a atividade prática, propriamente dita, e/ou a interação com determinado objeto e/ou contexto). Isto pode permitir o desenvolvimento e o desvelo de uma consciência prática e suas potencialidades.

Neste momento do cuidar, é que se insere o conhecimento do profissional de saúde, empírico ou científico, com a reflexão e a crítica unificadas que poderão resultar em uma ação impregnada de “consciência prática”, tornando-se práxis e consolidando o “saber” profissional do enfermeiro como tecnologia. Diante disso, foi possível identificar no discurso dos participantes alguns traços de uma práxis, dita por Vázquez (2011) como espontânea, visto que o profissional de saúde utiliza níveis de “consciência prática”, no momento em que desenvolve um processo prático, seja no início ou no fim deste. Esta consciência advinda da filosofia, aplicável à prática profissional pode ser percebida “na medida em que traça um modelo ideal que busca realizar, que ela mesma vai modificando no próprio processo de sua realização, atendendo as exigências imprevisíveis do processo prático” (VÁZQUEZ, 2011, p.294).

No que se referem às indagações, ancorando-se nos dados e sob o olhar de Vázquez (2011), em relação aos níveis de práxis que se apresentaram no “fazer e saber fazer” dos seres humanos, percebe-se que as participantes utilizaram-se de diferentes níveis de consciência em seu cotidiano profissional, podendo ser visualizados dois níveis (grau) de práxis, envolvidos nas atividades profissionais, a saber: práxis reflexiva e práxis criadora. A primeira refere-se a uma “práxis reflexiva”, pois, partindo do exposto pelos participantes, percebeu-se que o fato de se utilizarem de instrumentos para avaliar, medir e/ou orientar uma atividade prática

específica, despertou uma consciência prática. Percebeu-se que a consciência manifestada pelos profissionais de saúde, apresentou-se rica de reflexão para a prática nos momentos de discussão sobre a realidade do cenário em que atuam e as possibilidades para sua transformação.

Também, durante a realização das orientações dadas aos pacientes, aos seus acompanhantes ou à equipe de saúde, os profissionais de saúde desenvolveram ideias/pensamentos ancorados em seu conhecimento científico, propondo-se a instrumentalizar estes sujeitos com o intuito de proporcionar mudanças no contexto onde se encontravam, seja de saúde, social ou profissional. Assim, foi neste momento que este grau de práxis pôde manifestar-se nesses sujeitos largamente imbuídos de uma consciência crítica/reflexiva capaz de não proporcionar, meramente, mudanças, mas sim, transformar a sua realidade. Para Vázquez (2011), quando o ser humano reflete sobre a atividade prática a que se propõe, por vezes, depreende a possibilidade de propor transformações nessa realidade em que se insere.

O mesmo se aplica a higienização e troca de uma bolsa de colostomia. Realizar estas orientações durante o procedimento, momento em que paciente e acompanhante podem visualizar o procedimento favorece a compreensão e instiga a participação em seu cuidado (autocuidado). Cabe ressaltar que para garantir a efetividade o profissional de saúde precisa refletir sobre alguns aspectos. O paciente/acompanhante demonstra desconforto com a sua presença? O assunto a ser abordado necessita de maior privacidade, a fim de evitar qualquer constrangimento? Paciente demonstra dor? Possui alguma outra preocupação no momento?

De acordo com Callegaro *et al.* (2010), no período perioperatório, as equipes de saúde precisam desenvolver suas condutas junto ao paciente cirúrgico de modo a transmitir-lhe segurança e tranquilidade. Para isso, recomenda-se a comunicação para orientar e informar, visando o atendimento das particularidades de cada ser humano, o que conduzirá a um cuidado específico, de acordo as necessidades e expectativas do indivíduo a ser submetido a um procedimento cirúrgico.

A presença envolve um encontro interpessoal que transmite uma proximidade e um senso de cuidado que envolve “estar lá” e “estar com” os pacientes. Ouvir não é apenas “captar” o que um paciente diz, mas também inclui interpretar e compreender o que o paciente está dizendo e dar um retorno, mostrando esta compreensão (POTTER; PERRY, 2012, p.104). Nesse sentido, o “estar lá” pode ser entendido como a beira do leito, desde que esteja “estar com” o pacientes/acompanhante para ouvir suas necessidade, duvidas e inquietações.

Assim, considera-se imprescindível o desenvolvimento de ações educativas direcionadas ao paciente e seu acompanhante, de modo a estimulá-los acerca da importância de assumirem comportamentos e atitudes de acordo com as necessidades de cuidado. As atividades educativas em saúde visam manter a auto-estima do paciente, a vontade de aprender sobre os cuidados, e assim propiciar uma convivência mais harmônica com sua família e sociedade (CARVALHO; LACERDA, 2010).

Em relação às dificuldades de trabalho encontrados no dia-a-dia de trabalho da unidade de cirurgia geral, 23 (100%) participantes relataram as mudanças de rotinas quanto a internação dos pacientes, o agravamento de seu estado de saúde e em decorrência do aumento das demandas de cuidados.

[...] a gente vê que não tá dando mais tempo de fazer algo bem importante que é a questão das orientações dos pacientes tanto pré-operatório, pós-operatório, cuidados para alta, em relação aos estomas, em relação aos curativos [...] O que implica na própria qualidade da assistência e para o próprio paciente em relação a qualidade que ele vai ter pós alta. Então, a gente vai por ordem de prioridade. Deixamos os menos prioritários para o final de acordo com o tempo, caso dê tempo de fazer (trecho do grupo focal, PS3, 29/05/2018, de 15:40 às 16:45h)

[...] nós temos que elencar prioridades e muitas vezes é difícil ter que escolher né? Porque a gente sabe que muitos precisam, e as vezes está na mesma enfermaria e um tem atendimento e o outro não, então isso para mim é difícil. (trecho do grupo focal, PS09, 29/05/2018, de 15:40 às 16:45h)

[...] na maioria dos dias a gente parece que só apaga o incêndio. Dá uma olhada em todos os pacientes, resolve as coisas burocráticas e os procedimentos que tem para fazer [...]. Geralmente tem uns cinco ou seis curativos para cada um, alguns que precisam de tempo e ajuda de um colega. Então quando você vê, terminou o horário de trabalho e parece que você não fez nada, [...] a gente acaba aproveitando o tempo dos curativos para o que está fazendo e o motivo do curativo ser feito assim, para orientar quanto aos cuidados com a lesão [...] (trecho do grupo focal, PS14, 29/05/2018, de 15:40 às 16:45h)

A demanda da nutrição é bem grande, é bem extensa. Então a gente trabalha em uma questão assim de prioridade? Triagem daqueles pacientes que mais necessitam de avaliação da nutrição. Então, primeiramente são vistos os pacientes em terapia nutricional, enteral parenteral ou suplementar e aqueles com via oral que mais necessitam de alguma modificação, ou seja a gente não consegue abraçar todo mundo realmente. (trecho do grupo focal, PS17, 29/05/2018, de 15:40 às 16:45h)

[...] aqui, se você pensar, todo paciente tem demanda para atendimento. Mas não tem como atender todo mundo, como está agora não tem como! Então para atender o máximo possível, a gente vai aproveitando o tempo [...] enquanto faz algum exercício, já orientando sobre algum cuidado para ter aqui no hospital ou em casa. (trecho do grupo focal, PS20, 29/05/2018, de 15:40 às 16:45h)

Nota-se a preocupação dos profissionais em realizar o processo educativo, no entanto, necessitam eleger prioridades conforme complexidade cirúrgica, comorbidades prévias, estado emocional, enfrentamento individual perante o período de mudanças vivido. Também é

possível perceber a preocupação e descontentamento relacionada a grande demanda de trabalho da unidade.

Os cuidados prestados ao paciente cirúrgico são complexos devido à instabilidade do quadro clínico o que exige da equipe de saúde uma atuação precisa com ações embasadas em uma metodologia de assistência que busque a tomada de decisão centrada na identificação das necessidades do paciente. Nessa perspectiva, a assistência perioperatória (fase pré-operatória, transoperatória e pós-operatória) deve ser devidamente planejada para atendimento das necessidades dos pacientes e requer cuidados de alta complexidade (LEON, 2007; RIBEIRO; LIMA; BITTENCOURT, 2008)

Conforme o aumento da complexidade dos procedimentos cirúrgicos realizados e o aumento dos cuidados necessários com o paciente cirúrgico, o tempo para a realização das orientações diminui. De acordo com Vidal (2009), atualmente um dos maiores desafios é o atendimento das necessidades de educação em saúde dos pacientes/acompanhantes.

Contudo, as orientações referentes ao procedimento cirúrgico e cuidados necessários após este são necessárias. A ação educativa auxilia o paciente a lidar com a cirurgia, potencializa a recuperação do paciente, eleva a satisfação do paciente/acompanhante com o serviço prestado, minimiza complicações cirúrgicas, aumenta o bem-estar psicológico, dentre outras.

Ainda, 16 (69,56%) participantes utilizam materiais para o auxílio nas orientações como folders, vídeos e imagens. Estes materiais são predominantemente confeccionados por acadêmicos a partir das necessidades da unidade e não possuem um local comum para armazenagem, dificultando sua utilização.

[...] profissional de saúde explica ao paciente as possibilidades do seguro. *“Há três casos em que o seguro DPVAT se aplica. Você se enquadra no quesito de gastos com medicação. Precisa fazer o boletim de ocorrência e pegar os documentos da alta e dos procedimentos. Vou trazer um folder explicativo para auxiliá-lo nesses requerimentos e locais que deve ir. Tem seguradoras que vão ao hospital para oferecer seus serviços e que estão cobrando 20% do que for recebido pelo acidentado, mas tu pode resolver o problema sem precisar pagar. E tem até três anos para fazer o pedido.”* (trecho do diário de campo, PS7, 01/08/2018, de 08:30 às 11:30 h)

Pede a bolsista, que fica na recepção, para pegar uns folders sobre cirurgia traumatológica que foram resultados de uma tese, explicando em qual sala eles ficam. [...] A bolsista da recepção trás os folders solicitados, profissional olha e diz que existem dois tipo e o que ela precisa é do outro. A bolsista os pega novamente e vai trocar. [...] A bolsista trás os folders corretos. (trecho do diário de campo, PS12, 03/07/2018, de 08:40 às 11:40 h)

[...] quando tem algum folder ou outro material com o que a gente precisa a gente imprime e entrega uma cópia pro paciente. Explica um pouco sobre o assunto e pede

pro paciente e familiar ler e anotar as dúvidas, para depois a gente conversar um pouco. (trecho do grupo focal, PS15, 29/05/2018, de 09:40 às 10:22h)

O melhor que a gente consegue hoje é mostrar uns vídeos e imagens no celular, durante a visita. Está muito difícil de levar o paciente e o familiar para uma sala reservada e explicar tudo nos mínimos detalhes, a demanda de atendimento está muito grande, a rotatividade de pacientes está muito grande. (trecho do grupo focal, PS19, 29/05/2018, de 15:40 às 16:45h)

Dispor de um material educativo e instrutivo facilita e uniformiza as orientações a serem realizadas, com vistas ao cuidado em saúde. Estes podem auxiliar no dia a dia dos profissionais de saúde, e do paciente/cuidador, servindo como um complemento do cuidado no domicílio, já que durante a hospitalização se torna difícil assimilar tantas informações. Desta forma os materiais educativos servem como fonte de informação e conhecimento sobre os cuidados de saúde (CARVALHO; LACERDA, 2010).

Todavia, é imprescindível que estes materiais não substituam a interação e diálogo entre o profissional de saúde e o paciente/acompanhante. De acordo com Sousa (2011), os materiais educativos devem ser um complemento das orientações verbais dos profissionais ao paciente, um suporte de informação, de orientações, de esclarecimentos e de prevenção de complicações, ou seja, um complemento no processo educativo que contribuirá na recuperação do paciente.

Devem conter informações corretas, pois irá contribuir para a construção de um pensamento científico e crítico, tanto quanto a adoção de atitudes que minimizem o risco de adoecer e o fortalecimento da promoção da saúde. Servem como estratégias educativas para facilitar o trabalho da equipe multiprofissional de saúde na orientação de pacientes e acompanhantes no processo de tratamento, recuperação e autocuidado (MASSARA *et al.*, 2016; CASTRO *et al.*, 2013).

4.2 NECESSIDADES E POSSIBILIDADES PARA UMA PROPOSIÇÃO TECNOLÓGICA CUIDATIVO-EDUCACIONAL

Após discutida a rotina dos profissionais de saúde dentro da unidade de cirurgia geral e identificar suas demandas e dificuldades para com as ações cuidativo-educacionais, foi desenvolvido um processo crescente e gradativo de reflexão sobre as necessidades e possibilidades para uma proposição tecnológica cuidativo-educacional. Ainda, que esta proposição desprenda possibilidades para a atuação e reflexão dos profissionais da saúde, em sua práxis, no que se refere ao educar-cuidar e ao cuidar-educar de pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde em âmbito da unidade de cirurgia geral.

O objeto em estudo foi respondido a partir dos dados coletados, sendo que, primeiramente, nesta categoria, será apresentado o entendimento das participantes sobre as principais necessidades para uma tecnologia cuidativo-educacional, seguido das possibilidades e características desta proposição tecnológica. A execução deste processo, durante a coleta dos dados empíricos permitiu a reflexão dos participantes, a aproximação destes termos com suas realidades cotidianas de trabalho em âmbito hospitalar e a construção coletiva desta proposta tecnológica a partir de suas reais possibilidades dentro da rotina de trabalho.

A partir das dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde e as observadas, foram identificadas algumas necessidades prioritárias para o desenvolvimento de uma tecnologia cuidativo-educacional. Destaca-se que os 23 (100%) participantes identificam como **principais necessidades as orientações pré-operatórias e orientações para o preparo da alta hospitalar e manuseio de dispositivos**. Tais necessidades podem ser observadas nos trechos seguintes.

[...] a gente não é informado de alta, mas a gente vai fazendo aos poucos. As coisas mais importantes a gente vai orientando [...] mas as vezes quando a gente chega aqui o paciente foi embora. (trecho do grupo focal, PS2, 20/07/2018, de 09:25 às 10:03h)

[...] preparar para alta e no pré quando interna é a fragilidade que a gente tem por causa da demanda, por uma questão de não ser prioridade a gente acaba deixando, deixando de se fazer. (trecho do grupo focal, PS3, 29/05/2018, de 15:40 às 16:45h)

[...] uma orientação pré-alta [...] se ele vai ficar com reabilitação, se ele não vai, como é que vão ser os curativos, enfim. Então acho que essa questão de encaminhar ele bem, orientar para a alta. Como manusear dispositivos com sondas e cuidados com ostomias quando o paciente vai pra casa. (trecho do grupo focal, PS9, 29/05/2018, de 09:40 às 10:22h)

[...] acredito que a pré-operatória[...] Porque as outras a gente vai fazendo no decorrer da internação e para o paciente ter alta a gente tem um tempo maior. (trecho do grupo focal, PS12, 29/05/2018, de 09:40 às 10:22h)

[...] acho que pré-operatórias é mais difícil que a gente faça. Depois das cirurgias digamos assim conseguimos, durante os atendimentos também aos poucos ir tentando sanar dúvidas[...] às vezes o paciente dá alta no final de semana em que não foi feito um treinamento, uma orientação para ele. (trecho do grupo focal, PS14, 29/05/2018, de 15:40 às 16:45h)

A partir dos trechos apresentados, é possível perceber a necessidade e a vontade expressa pelos profissionais de saúde em retomar as orientações pré-operatórias, devido sua extrema importância. No entanto, a mudança da rotina de internações e também a carga de trabalho elevada devido a alta complexidade de alguns pacientes se torna empecilho para sua realização efetiva.

A visita pré-operatória é de suma importância, pois promove ao paciente a oportunidade de entender as informações sobre a cirurgia e procedimentos, o que reduz o nível de estresse, ansiedade e medo que antecedem a cirurgia. Frias, Costa e Sampaio (2010) identificaram que pacientes relatam sentimentos de medo e ansiedade na fase pré-operatória, obstáculos para sua recuperação.

A preparação do paciente cirúrgico é vista como benéfica se baseada nas necessidades individuais do paciente, pois, na medida em que o paciente se sente esclarecido em suas dúvidas, pode diminuir o medo e a ansiedade, prevenindo possíveis complicações no pós-operatório. De acordo com Sampaio *et al.* (2013), as orientações pré-operatórias são fundamentais para redução dos problemas pautados no medo e no desconhecimento do paciente, tendo a capacidade comprovada por inúmeros trabalhos na redução do estresse físico e emocional, fundamental para uma participação mais ativa do paciente no seu processo de reabilitação, além de fortalecer o vínculo profissional-paciente.

Ainda, o autor supracitado destaca em suas publicações a importância em reafirmar o papel da educação e orientação, enquanto conduta necessária na prestação da assistência ao paciente cirúrgico, sendo a educação em saúde reconhecidamente essencial para amenizar as angústias e dúvidas dos pacientes. No contexto do cenário desta investigação, o preparo pré-operatório realizado pelos profissionais de saúde com o paciente e seu acompanhante, pode reduzir o tempo de internação a medida que possibilita o empoderamento do paciente em relação ao seu autocuidado, diminuindo potencialmente complicações no período pós-operatório.

Santos, Henckmeier e Benedet (2011), ressaltam que as orientações fornecidas na visita pré-operatória constituem um aspecto positivo de tranquilidade para a maioria dos pacientes cirúrgicos. As orientações em relação à anestesia, a dor e desconforto pós-operatório, curativos e drenos são as mais relatadas. Sabe-se que a dor após a cirurgia é frequente, sendo a analgesia e a orientação pré-operatória importantes para o conhecimento e possível controle dessa dor. Um paciente não informado quanto aos procedimentos pode viver momentos de estresse emocional e físico, o que pode aumentar seu tempo de internação.

Para Martins *et al.*, (2015) as orientações realizadas pelos profissionais de saúde proporcionam tranquilidade, bem-estar, otimismo e diminui o medo e a ansiedade dos pacientes. Esclarece também que os pacientes que são devidamente orientados apresentam recuperação mais rápida, conseqüentemente menor tempo de internação hospitalar, redução das complicações e da ansiedade, reforçando o vínculo entre o paciente e o profissional com satisfação para ambos.

Entre os profissionais de saúde que desenvolvem ações educativas, destaca-se o enfermeiro, uma vez que é responsável por articular o processo de trabalho entre equipe multiprofissional de saúde, precisa desenvolver a habilidade de comunicar-se, pois a comunicação permeia todas as ações de enfermagem e influencia decisivamente na qualidade do atendimento ao paciente. É a equipe que mantém contato direto e contínuo com ele, sendo responsável, portanto, por perceber, interpretar, observar e avaliar as informações oriundas deste indivíduo que serão o ponto de partida para os tratamentos de proteção e recuperação da saúde (RUOFF; SOUSA; SILVA 2014; COSTA; SAMPAIO, 2015).

No entanto, mesmo sendo notória as potencialidades da visita pré-operatória, é de extrema relevância levar-se em conta as novas rotinas impostas pelas demandas da unidade, há grande dificuldade em retomar as orientações pré-operatórias, visto os relatos de 20 (86,95%) profissionais de saúde em relação às **internações na unidade de cirurgia geral poucas horas antes do procedimento cirúrgico ou já no período pós operatório**.

A gente tinha também avaliação pré-operatória, até treino respiratório e a gente não tem conseguido fazer tanto devido às internações em cima da hora da cirurgia! (trecho do grupo focal, PS9, 29/05/2018, de 09:40 às 10:22h)

A fase pré-operatória às vezes o paciente nem interna mais pra gente. O paciente chega direto no bloco e vai para cirurgia ou ele interna hoje de manhã para fazer a cirurgia hoje de tarde. Então a gente também não tem um tempo maior como tinha antes[...] Hoje se tu esperar um pouco o paciente já foi para bloco ou ele já veio para nós num pós-operatório. Então, mudou um pouco o perfil[...] (trecho do grupo focal, PS12, 29/05/2018, de 09:40 às 10:22h)

[...] às vezes o paciente faz cirurgia de emergência devido um acidente. Ou então na consulta com o médico ele já faz algumas orientações quanto ao jejum e pede pra internar uma ou duas horas antes da cirurgia, isso quando não vai direto pro bloco cirúrgico. (trecho do grupo focal, PS, 29/05/2018, de 15:40 às 16:45h)

A gente entende que essa mudança de internação, do paciente indo direto pro bloco é pela demanda de cirurgia [...] o paciente tem que ficar o menor tempo possível internado[...] quanto menos tempo o paciente fica, mais pacientes são atendidos! Mas assim está impossível da gente orientar tudo certinho, teria que internar ao menos 24 horas antes da cirurgia. (trecho do grupo focal, PS, 29/05/2018, de 15:40 às 16:45h)

A rotina de internação dos pacientes cirúrgicos na unidade, que anteriormente era realizada com antecedência de 48 horas, por hora está sendo realizada no mesmo dia e, por vezes, diretamente no bloco cirúrgico, devido a demanda de procedimentos atendida pela instituição. Com essas mudanças de rotina, as avaliações e orientações pré-operatórias foram

perdendo espaço, evidenciando-se, assim, uma limitação enfrentada pelos profissionais atuantes neste cenário.

Nesse sentido, tendo em vista o momento atual vivenciado na unidade de cirurgia geral, as orientações voltadas para a alta do paciente cirúrgico se configuram como as de maior possibilidade de execução. 21 (91,3%) profissionais de saúde acordaram inicialmente com o desenvolvimento da proposta tecnológica voltada para o **preparo da alta do paciente**. Após novas discussões entre os participantes, todos entraram em consenso.

[...] acho melhor a gente focar na alta. Agora não adianta fazer pro pré-operatório, não vamos conseguir usar. (trecho do grupo focal, PS5, 20/07/2018, de 09:25 às 10:03h)

[...] temos que focar no que dá para fazer, e hoje dá para melhorar a questão da alta. E a alta é muito importante, não tem nenhum profissional com eles em casa. (trecho do grupo focal, PS14, 20/07/2018, de 09:25 às 10:03h)

Eu acho que a gente tinha que tentar retomar o pré-operatório, mas talvez não seja agora e por esse caminho que a gente vá conseguir [...] Então o preparo para alta já pode ajudar muito. (trecho do grupo focal, PS21, 20/07/2018, de 14:17 às 14:58h)

A alta é vista em muitos hospitais como um processo de suporte e reativo à evolução do quadro de saúde do paciente. Podendo ser definida como um processo para decidir o que o paciente necessita para mover-se de um nível de cuidado para outro. Tradicionalmente, contempla os serviços que o paciente necessita após sua internação, tendo seu início na admissão e terminando após o paciente ser alocado no próximo nível de cuidado (BIRJANDI; BRAGG, 2008; LIN *et al.*, 2013).

Esta transição de nível de cuidado pode ser entre setores de um mesmo hospital ou entre o hospital e clínica de reabilitação ou casa do paciente, transferindo as responsabilidades do provedor para o paciente (LENZI *et al.* 2014). A alta não significa que o paciente está completamente recuperado, significa que o paciente está apto a ser tratado por um outro nível de cuidado.

Ainda, foi de solicitação dos 23 (100%) profissionais de saúde participantes da pesquisa, que **a proposição tecnológica em desenvolvimento fosse destinada aos profissionais de saúde para utilizarem com pacientes e acompanhantes/responsáveis**.

Eu acho que a gente precisa de algo para os pacientes ou para os responsáveis [...] para quem for fazer os cuidados em casa. (trecho do grupo focal, PS2, 20/07/2018, de 09:25 às 10:03h)

[...] ontem a gente tinha uma paciente cadeirante aqui no andar, a gente sabia que ela precisava de sondagem vesical, precisava de bolsa para a ostomia, precisava de uma unidade de referência, ela precisava de um monte de coisa... e aí a equipe adiou

meio correndo a alta. A enfermagem teve que ensinar a sondagem e a gente teve se de virar para procurar uns materiais pra poder ensinar [...] Então a gente teve um turno pra organizar tudo isso em uma paciente. Então, normalmente é super tumultuado, principalmente se já não tem um material que auxilie pronto (trecho do grupo focal, PS9, 20/07/2018, de 09:25 às 10:03h)

[...] acho importante que a gente utilize o material como auxílio para as orientações, e não só entregue [...] é cômodo demais e ninguém garante que o paciente vai entender sozinho. (trecho do grupo focal, PS11, 20/07/2018, de 09:25 às 10:03h)

[...] acho legal a gente entregar logo, e ir conversando aos poucos [...] um pouco cada dia. Senão a gente despeja um monte de informação e eles (pacientes e acompanhantes) vão ficar sem entender igual. (trecho do grupo focal, PS12, 20/07/2018, de 09:25 às 10:03h)

No Brasil é observado como problema para os hospitais a falta de comunicação entre os envolvidos na alta hospitalar, isto é, paciente, família e equipe de tratamentos (MORENO *et al.*, 2013). Além disto, Delatorre *et al.* (2013) apontam, como barreiras que impedem que a alta ocorra de forma adequada, a falta de priorização no processo de alta e a falta de ensino e de planejamento de alta. Estes fatos apontam para uma visão incipiente em relação à eficiência no processo de alta hospitalar no Brasil.

Desta forma, a deficiência no processo de trabalho dos profissionais de saúde acarreta, muitas vezes, a descontinuidade no cuidado ao paciente (MARTINS *et al.*, 2015) . Por sua vez, essa pode resultar na reinternação devido ao despreparo do cliente ou família sobre os cuidados a serem desenvolvidos no domicílio.

Neste contexto, enfatiza-se a importância do preparo para a alta, garantindo a continuidade do cuidado após a hospitalização, e como parte integrante desse processo estão às informações ao paciente e ao acompanhante/responsável acerca do que necessitam saber e compreender. Além disso, as devidas orientações podem conduzir melhores formas de enfrentamento para o paciente no pós-operatório, auxiliando-o na resolução de mudanças decorrentes de seu estado de saúde.

Quanto aos **temas mais relevantes** para os pacientes e acompanhantes, na visão dos profissionais participantes da pesquisa, seriam: **principais dispositivos para administração de dieta, dispositivos para eliminações vesicais e intestinais, traqueostomia, curativos e cuidados com a pele.**

Posicionamento para oferta de dieta via oral em casa. Dieta por sondas também. (trecho do grupo focal, PS2, 20/07/2018, de 09:25 às 10:03h)

Oferta de dieta por via oral e por sonda [...] E a sonda vesical que tem uns que vão com sonda vesical também... cuidados com a pele em paciente que é acamado ou semi acamado. (trecho do grupo focal, PS6, 20/07/2018, de 14:17 às 14:58h)

Curativos... Sinais de infecção da ferida operatória. (trecho do grupo focal, PS15, 20/07/2018, de 09:25 às 10:03h)

Muito importante alguma coisa para sondagem de alívio. A gente explica, mas sempre fica uma dúvida.” (trecho do grupo focal, PS18, 20/07/2018, de 14:17 às 14:58h)

[...] cuidados com as ostomias [...] pacientes e os responsáveis têm muitas dúvidas. (trecho do grupo focal, PS19, 20/07/2018, de 14:17 às 14:58h)

[...] muitos pacientes vão com traqueostomia para casa [...] é uma coisa muito importante eles saberem como cuidar e manusear, o que fazer caso algo aconteça, como limpar. (trecho do grupo focal, PS22, 20/07/2018, de 14:17 às 14:58h)

Comumente os pacientes cirúrgicos retornam ao domicílio, com curativos, suturas, em uso de sonda vesical e ou enteral, colostomias, drenos e outros dispositivos invasivos, os quais são desconhecidos tanto para o paciente como para seus responsáveis/familiares, sendo muitas vezes considerados causadores de tensão e estresse pela falta de conhecimento dos cuidados a serem implementados nessas situações (ROMANZINI *et al.*, 2010; MARTINS *et al.*, 2015). Nesse contexto, em se tratando de orientações para alta de pacientes cirúrgicos, a abordagem do profissional de saúde se torna ainda mais relevante, visto que, no domicílio o paciente não conta com uma equipe preparada para o seu atendimento.

Todavia, o que se observa empiricamente é que as orientações para a alta, realizadas pelos profissionais de saúde, geralmente, são efetuadas no momento em que o paciente está prestes a sair do hospital, dificultando a sua compreensão e propiciando a ocorrência de equívocos nas orientações ofertadas pelo profissional. Além disso, muitas vezes são desempenhadas de forma mecânica, não considerando as condições e as necessidades individuais apresentadas pelo paciente e sua família.

Após a delimitação do público ao qual seria aplicada a tecnologia em desenvolvimento e o conteúdo, iniciaram-se as discussões quanto ao formato de apresentação da mesma. Para tanto, os participantes expuseram suas opiniões acerca dos possíveis formatos e seus prós e contras. Entre as formas de apresentações possíveis, foram mencionados os materiais impressos como cartilhas e folders e, também, a possibilidade de uma apresentação virtual. Após as discussões, os 23 (100%) participantes optaram pelo **formato eletrônico**.

No NEPS tem muita coisa, muita cartilha e folder que foi impresso e não é mais utilizada, porque desatualizou. Outras não são impressas pelos gastos com o material. Então teria que ser algo bem curtinho, se fosse impressa. (trecho do grupo focal, PS3, 20/07/2018, de 14:17 às 14:58h)

É uma coisa assim que fica aberta, que pode ser alimentada com o tempo... É mais sustentável (informatizar). Por que isso tudo que a gente precisa em formato de cartilha não é viável por exemplo, eu acho muito extenso e a gente nem acaba

ocupando tudo com todos os pacientes, as vezes é só uma parte. (trecho do grupo focal, PS6, 20/07/2018, de 14:17 às 14:58h)

[...] eu acho legal que seja eletrônico porque fica, pra eternidade, tu só vai trocando sei lá, a maneira de armazenar. (trecho do grupo focal, PS14, 20/07/2018, de 14:17 às 14:58h)

Eu acho válido um aplicativo no sentido de que, de repente, um pontapé inicial, pra ir aperfeiçoando com o tempo [...]. (trecho do grupo focal, PS17, 20/07/2018, de 14:17 às 14:58h)

Também as coisas se desatualizam. No que está impresso não dá pra mexer, mas num sistema dá. Quando uma coisa muda, a gente pode mudar no sistema, ou pedir pra alguém da informática atualizar. (trecho do grupo focal, PS23, 20/07/2018, de 09:25 às 10:03h)

Com a constante atualização no campo da saúde, é relevante que o conteúdo da proposição tecnológica em desenvolvimento tenha condições de ser alterado/atualizado sempre que houver necessidade. É possível observar nos trechos acima a preocupação dos profissionais de saúde com esta questão. Para Noro e Narvai (2018), a produção e atualização do conhecimento tem proporcionado ao homem avanços em todas as áreas de atuação e principalmente na área da saúde, permitindo o aperfeiçoamento e a reflexão sobre o processo de trabalho dos profissionais de saúde.

Quanto ao equipamento utilizado para acessar a tecnologia, os 23 (100%) participantes entraram em consenso quanto ao **uso do computador**, tendo em vista que a instituição hospitalar possui normas quanto ao uso do celular. No entanto, mesmo que o material seja informatizado, os participantes manifestaram a possível necessidade de impressão dos documentos referentes às orientações.

[...] que seja algo parecido com um aplicativo mas que dê pra acessar no computador acho que é mais interessante. Até por que algumas orientações eu acho que é mais interessante fazer em isolado se é um paciente ou se é com um acompanhante, então acho que te tiraria essa questão de ficar mexendo no celular que é uma coisa que eles já pedem pra gente evitar. (trecho do grupo focal, PS9, 20/07/2018, de 09:25 às 10:03h)

Tem que ter no computador, mas o impresso também é bem interessante, tipo o paciente tem a traqueostomia, aí tu leva lá no papelzinho para ele, todos os cuidados. Colostomia também, que eu acho que daí tem que ser individualizado. (trecho do grupo focal, PS15, 20/07/2018, de 09:25 às 10:03h)

[...] ter no computador um espaço, e poder imprimir o que precisar seria o ideal. Se fosse uma cartilha não teria como, é muita informação junta, coisa que o paciente nem vai usar. Mas como tudo é separado por temas fica ótimo. (trecho do grupo focal, PS20, 20/07/2018, de 14:17 às 14:58h)

Assim, com a preferência dos profissionais de saúde quanto ao acesso da proposição

tecnológica ser realizada pelo computador, buscou-se uma alternativa dentro do HU. Para tanto, foi criado um espaço denominado “Pesquisa” dentro do sistema interno da instituição, na *intranet*. Ali é possível visualizar a proposição tecnológica como também selecionar os materiais para impressão.

A *intranet* consiste em um recurso em constante renovação a partir das atualizações tecnológicas, trazendo para as organizações (HU) ainda mais possibilidades de desenvolver uma gestão eficaz de informações. Ao inserir a proposição tecnológica neste sistema, a mesma encontra-se com fácil acesso para os profissionais de saúde, visto que a unidade de cirurgia geral possui diversos computadores e impressora.

Dentro deste sistema, há a possibilidade de comunicação entre os profissionais de saúde, além de inclusão e gerenciamento de diversos documentos. Ao partir de sua conceituação, O’Brien (2004) define *intranet* e sua funcionalidade básica, como uma rede interna com uso de tecnologia de *internet* que permite o mesmo ambiente dentro de uma organização para suporte a seus processos internos, compartilhamento de informações e comunicação. Lee e Kim (2009) complementam o conceito, ao citar que a *intranet* utiliza tecnologias que incluem sistemas de banco de dados, e-mail, calendários eletrônicos, gerenciamento de documentos, além de possibilitarem a obtenção, organização, armazenamento, retenção, distribuição e apresentação de informações.

Lee e Kim (2009) abordam a vantagem da *intranet*, ao observar que os setores que tiverem acesso a ela serão beneficiados, tanto pela redução expressiva no volume de papéis até o processo eletrônico de atualização das informações de forma mais interativa, permitindo uma melhor comunicação, com participação e integração das diversas áreas. Desta forma, segundo o autor, a hierarquia em uma organização é novamente estruturada a partir do momento que o processamento de dados deixa de ser centralizado e passa a ser distribuído com gerenciamento mútuo, diminuindo a burocratização.

Seguindo essa perspectiva, Palmerston (2008) cita que as novas possibilidades de interação criadas pela *intranet* favorecem o desenvolvimento institucional. A autora destaca como benefícios da rede interna o suporte às rotinas de trabalho e o aumento da produtividade. Sousa *et al.*, (2014) observa como vantagens o baixo investimento no seu processo de implementação, a flexibilidade de utilização em plataformas de sistemas operacionais, e ainda uma maior facilidade de utilização e reconhecimento pelos usuários.

A autora ainda aborda outros fatores como o aumento da produtividade e uma comunicação mais eficiente, bem como um fluxo informacional mais rápido, a partir de atualização em tempo real. Dias *et al.*, (2017) também evidencia o aumento da produtividade

dos funcionários, a partir do acesso mais rápido às informações. Na visão dos autores, a implementação da *intranet* favorece a disseminação e atualização constante das informações. Nessa perspectiva, Trindade, Oliveira e Becker (2011) afirmam que a *intranet* estimula o compartilhamento de informações entre os diversos grupos que a utilizam, visto que este se configura como um sistema interativo.

Stenmark (2002) indica três perspectivas para a *intranet* como um ambiente de compartilhamento de conhecimento: informação, conscientização e comunicação. A primeira perspectiva, da informação, diz respeito ao acesso às informações estruturadas e não-estruturadas por meio de banco de dados e outros documentos, sendo a diversidade dessas informações essencial para a geração de conhecimento. A perspectiva de conscientização indica a utilização para a manutenção de usuários bem informados e continuamente conectados à organização. Por último, a perspectiva da comunicação, que permite, a partir do acesso coletivo às informações nos diversos canais disponibilizados pela *intranet*, um contexto e visão comum do conhecimento gerado em um ambiente colaborativo.

Dentre os aspectos que interferem na utilização da rede interna, limitando o seu uso potencial estão a ausência de um monitoramento de desempenho da *intranet*, a falta de participação dos usuários na sua construção, gerando um instrumento muitas vezes inadequado à realidade (SOUSA *et al.*, 2014). A autora destaca também a falta de atualização e direcionamento do conteúdo para os usuários e, com muita frequência, excesso de informações dispensáveis que prejudicam a compreensão e navegabilidade.

Percebe-se assim, que a atuação em hospitais exige dos profissionais de saúde um constante (re)pensar das suas práticas, tanto cuidativas como educativas. Diante disto, este profissional se insere como um ator social portador de saberes, capacidades e autonomia, dentro do serviço, para, assim, propor, operacionalizar e efetivar práticas educativas com implicações no cuidado. Entende-se que durante o desenvolver da educação em serviço, ocorre o entrelaçamento do educar-cuidar, permitindo que as pessoas envolvidas desprendam níveis de consciência para uma práxis, intimamente ligados a um processo reflexivo e espontâneo sob sua práxis cotidiana.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do desenvolvimento de um modelo metodológico e utilizando as técnicas de observação não participante e do Grupo Focal nesta pesquisa, foi possível, desenvolver uma proposição tecnológica cuidativo-educacional com a equipe multiprofissional de saúde de uma unidade de cirurgia geral do Hospital Universitário.

A partir do diagnóstico da realidade realizada com os profissionais de saúde “deficiência das orientações pré e pós operatórias e pré alta hospitalar”, surgiram inquietações: Qual o motivo para tal deficiência das orientações pré e pós operatórias e pré alta hospitalar? A unidade de cirurgia geral tem condições atualmente para atender as necessidades dos pacientes/acompanhantes? O que pode ser realizado para auxiliar os profissionais de saúde nestas orientações dentro da realidade atual do cenário?

No decorrer desta investigação foi possível perceber a demanda de trabalho que toda a equipe multiprofissional de saúde abarca, e que por diversas vezes os profissionais não possuem condições de cumprir a mesma, seja pela gravidade dos pacientes, a rotatividade dos mesmos ou pelas internações na unidade já serem realizadas em pós-operatório. Nesse sentido, ficou evidente que neste momento não seria viável o desenvolvimento de uma proposição tecnológica relacionada as orientações pré operatórias.

No que diz respeito ao processo de desenvolvimento desta proposição tecnologia cuidativo-educacional, sua sustentação ocorreu a partir da reflexão e dos saberes/conhecimentos oriundos da experiência cotidiana de cada profissional. Assim, buscando algo que possa auxiliar os profissionais de saúde nas orientações e preparo para alta hospitalar do paciente/acompanhante cirúrgico durante o pós-operatório, foi desenvolvido o “Guia para preparo da alta hospitalar do paciente/acompanhante cirúrgico”. Este guia foi desenvolvido com o propósito de auxiliar a equipe multiprofissional nas orientações de pacientes/acompanhantes quanto aos aspectos e cuidados da ferida operatória e de dispositivos como: traqueostomia, sondas nasoenteral e nasogástrica, gastrostomia e jejunostomia, ostomias de eliminação, sondagem vesical intermitente no domicílio, e sonda vesical de demora. Pode-se dizer também, que a proposição tecnológica tem o intuito de auxiliar pacientes/acompanhantes cirúrgicos no seu autocuidado.

Assim, é preciso pensar a educação em saúde dentro do cenário hospitalar como caráter permanente, visto que esta possibilita o entendimento do paciente/acompanhante

quanto aos cuidados necessários e como realizá-los após a alta. Deste modo, a tecnologia proposta nesta pesquisa pretende articular o saber técnico às pessoas que possuem outros saberes e estimulá-las a autonomia do seu cuidado.

Tendo em vista que as tecnologias cuidativo-educacionais são intermediadas pelas relações dos sujeitos (profissional de saúde, paciente, acompanhante), para que esta proposição tecnológica possibilite a autonomia do paciente/acompanhante cirúrgico nos seus cuidados, é necessário que a postura do profissional de saúde que venha a utilizar esta tecnologia possibilite a troca e reflexão com o paciente/acompanhante.

A proposição tecnológica cuidativo-educacional “Guia para preparo da alta hospitalar do paciente/acompanhante cirúrgico” passará pelas etapas de validação e avaliação. Atualmente, uma nova pesquisa para a validação com juízes especialistas já encontra-se em desenvolvimento. Espera-se que esta proposição, como estratégia para educação em saúde, após a sua validação e avaliação, seja um instrumento facilitador de orientações e informações para pacientes/acompanhantes cirúrgicos sobre o preparo da alta hospitalar e que possa ser utilizado como um aliado no incentivo ao autocuidado.

Esta pesquisa apresentou algumas limitações, tais como: a falta de adesão por parte dos profissionais da medicina e a intensa rotina de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na unidade de cirurgia geral. Em relação a demanda de trabalho, por vezes o grupo focal necessitou ser suspenso, por diversas vezes interrompido e sempre realizado de forma mais objetiva possível.

REFERÊNCIAS

AMANTE, L. N.; SENA, A. C.; RUMOR, P. C. F. Cuidados de Enfermagem nos períodos pré-operatório e pós-operatório: Aspectos gerais. In: AMANTE, L. N. *et al.* Cuidado de Enfermagem no período perioperatório: Intervenções para prática. Curitiba: CRV, Cap. 4. p.45-60, 2016.

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

BASTOS, A. Q. *et al.* Reflexões sobre cuidados de Enfermagem no pré e pós operatório: uma revisão integrativa da literatura. *Cienc Cuid Saude*, Maringá, v.12, n.2, p.382-390, 2013.

BIRJANDI, A.; BRAGG, L. M. *Discharge planning handbook for healthcare: Top 10 secrets to unlocking a new revenue pipeline*. CRC Press, 2008.

BORGES, M. J. L.; SAMPAIO, A. S.; GURGEL, I. G. D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 147-156, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100017>.

BRANDAO, V. A. T. CAMINHOS DO SABER: reflexões. **Revista do Grupo de Estudos e Pesquisa em Interdisciplinaridade**, p. 47-56, 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/interdisciplinaridade/article/view/25481>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Res. CNS 466/12. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base - documento I / Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa; 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Educação em Saúde – Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde/Divisão Nacional de Educação em Saúde, 1989.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M.A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 467-474, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000300467&script=sci_abstract&tlng=pt>.

BRUNNER, B. S.; SUDDARTH, D. S. *Tratado de enfermagem médico - cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

CALLEGARO, G. D. *et al.* Cuidado perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico. **Rev. Rene. Fortaleza**. v.11, n.3, p.132-142, jul-set, 2010. Disponível em: < Cuidado perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico.>

CARVALHO, A. ;LACERDA, A. A enfermagem atuando na educação de pacientes e familiares: uma visão ampliada. **Rev. Pesq. Cuid.fundam.** v.2,Ed. Supl., p.445-448, out-dez, 2010. Disponível em: < <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1007>>

CASTRO, A. N. P. *et al.* Sentimentos e dúvidas do paciente queimado em uma unidade de referência em Fortaleza-CE. **Rev Bras Queimaduras[Internet]**. v.12, n.3, p.159-164, 2013. Disponível em: < <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/162/pt-BR/sentimentos-e-duvidas-do-paciente-queimado-em-uma-unidade-de-referencia-em-fortaleza-ce> >

CISNEROS, L.L.; GONÇALVES, L.A. O. Educação terapêutica para diabéticos: os cuidados com os pés na realidade de pacientes e familiares. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.16, n.1, p.1505-1514, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a86v16s1.pdf>>

COSTA, T. M. N.; SAMPAIO, C. E. P. As orientações de enfermagem e sua influência nos níveis de ansiedade dos pacientes cirúrgicos hospitalares. **Rev enferm UERJ**, n.23, v.2, p.260-5, 2015.

DALL'AGNOL, C. M. *et al.* A noção de tarefa nos grupos focais. **Revista gaúcha de enfermagem.** Porto Alegre. v. 33, n. 1, p. 186-190, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100024>.

DELATORRE, P. G. *et al.* Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 7, n. 12, p. 7151-7159, 2013.

DEMO, P. Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

_____. Metodologia do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2000.

DIAS, D. *et al.* Uso da intranet como ferramenta de gestão estratégica da informação: um estudo de caso na empresa Alfa. In: **FÓRUM INTERNACIONAL ECOINOVAR**, 6, 2017, Santa Maria, RS. Anais eletrônicos...: Santa Maria: Ecoinnovar, 2017.

DUARTE, M. L. C.; BOECK, J. N. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 3, p. 709-720, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462015000300709&script=sci_abstract&tlng=pt>.

FAZENDA, I. C. A.; VARELLA, A. M. R. S.; ALMEIDA, T. T. O. Interdisciplinaridade: tempos, espaços, proposições. **Revista e-curriculum**, v. 11, n. 3, p. 847-862, 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/14914/13295>>.

FRIAS, T. F. P.; COSTA, C. M. A.; SAMPAIO, C. E. P. O impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade de pacientes cirúrgicos. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 345-352, 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nex tAction=lnk&exprSearch=19554&indexSearch=ID>>.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; LENARDT, M. H. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 358-365, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200018>.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um " sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 331-336, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2004000800026&script=sci_abstract&tlng=es>.

HIGHET, G. **A arte de ensinar**. 6 ed. São Paulo: Edições Melhoramentos, 1967.

LASAPONARI, E. F.; BRONZATTI, J. A. G. Sistematização da Assistência de enfermagem perioperatória (SAEP). In: MALAGUTTI, William; BONFIN, Izabel Miranda. *Enfermagem em Centro Cirúrgico: Atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico*. São Paulo: Martinari, p. 73-86, 2009.

LEE, S.; KIM, B. G. Factors affecting the usage of intranet: A confirmatory study. **Computers in Human Behavior**, v. 25, n. 1, p. 191-201, 2009. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.470.4456&rep=rep1&type=pdf>>.

LEITE, S. M.; BEHAR, P. A. A construção coletiva com crianças em ambientes virtuais de aprendizagem. **Educar em Revista**, n. 29, p. 173-189, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602007000100012>.

LEMOS, C. S.; SURIANO, M. L. F. Desenvolvimento de um instrumento: Metodologia de ensino para aprimoramento da prática perioperatória. *Revista SOBECC*, São Paulo, v. 18, n. 4, p.57-69, dez. 2013.

LENZI, J. *et al.* Sociodemographic, clinical and organisational factors associated with delayed hospital discharges: a cross-sectional study. **Bmc Health Services Research**, v. 14, n.15, Mar, 2014.

LEON, M. D. **Ansiedade e medo no pré-operatório de cirurgia cardíaca: intervenção de enfermagem na abordagem psicossocial**. 2007. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

LIN, F. *et al.* Factors contributing to the process of intensive care patient discharge: An ethnographic study informed by activity theory. **International Journal of Nursing Studies**, v. 50, n. 8, p. 1054-1066, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, J. P.; MARTINS, C. T. Equipe multiprofissional na atenção ao doente renal crônico. Cruz J, Cruz HM, Kirsztajn GM, Barros RT, coordenadores. **Atualidades em nefrologia**, v. 11, p. 325-331, 2010.

MARTINS, P. K. *et al.* Atuação do enfermeiro no preparo para a alta hospitalar de pacientes cirúrgicos. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, vol. 7, n. 1, p. 1756-1764, enero-marzo, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750945001.pdf>

MASSARA, C. L. *et al.* Caracterização de materiais educativos impressos sobre esquistossomose, utilizados para educação em saúde em áreas endêmicas no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saude. Brasília. [Internet]**. v.25, n.3, p.575-584, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n3/2237-9622-ress-25-03-00575.pdf> >

MEIER, M. J. *et al.* Tecnologia em enfermagem: desenvolvimento de um conceito. 2004. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MITTELMARK *et al.* **The Relevance of Salutogenesis to Social Issues Besides Health: The Case of Sense of Coherence and Intergroup Relations. The Handbook of Salutogenesis**, 2016 p. 1–461.

MORENO, M. M. *et al.* Gestão de altas em um hospital público: desafios e oportunidades. 2º Congresso brasileiro de política, planejamento e gestão em saúde. Universalidade, igualdade e integralidade da saúde: um projeto possível. Belo Horizonte. 2013

MORETTO, C. C. *et al.* Experiências de uma equipe interdisciplinar de saúde mental: um estudo psicanalítico. 2008. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermeiros?**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2000, 360p.

NIETSCHE, E. A. *et al.* Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 1, p. 182-189, 2012.

NOGUEIRA, M. M. *et al.* **Pré Operatório: abordagem estratégica na humanização do cuidado de enfermagem. Rev. de pesquisa cuidado é fundamental online**. Unirio. 2011.

NORO, L. R. A.; NARVAI, P. C. Produzir conhecimento significativo na área da saúde em tempos de crise: inviável ou quase impossível?. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 1, p. 4-6, 2018.

NUNES, M. F.; WOVST, L. R.; COSTA NETO, S. B. Trabalho em equipe: percepção interprofissional de uma clínica pediátrica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 72-84, 2014.

O'BRIEN, J. A. Sistemas de informação. **São Paulo: Saraiva**, 2004.

OLIVEIRA, H. M.; MORETTI-PIRES, R.O.; PARENTE, R.C. P. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 15, p. 539-550, 2011.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

PALMERSTON, V. INTRANET: AS TENDÊNCIAS NA COMUNICAÇÃO INTERNA DE ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS. **Revista Mediação**, v. 8, n. 7, 2008.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de saúde pública**, v. 35, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n.4, ago.2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Artmed Editora, 2011.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

QUEIROZ, M. V. O. *et al.* Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 1, p. 55-63, 2008.

REIS, B. A. O.; FARO, A. A residência multiprofissional e a formação do psicólogo da saúde: um relato de experiência. **Revista Psicologia e Saúde**, v.8, n.1, p. 62-70, 2016.

RESSEL, L. B. *et al.* O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008.

RIBEIRO, C. G. O.; LIMA, G. P.; BITTENCOURT, I. C.R. Um estudo de caso sobre as complicações no pós-operatório de cirurgia cardíaca. LINS - SP, 2008.

ROMANZINI, A. E, *et al.* Orientações de enfermagem aos pacientes sobre o autocuidado e os sinais e sintomas de infecção de sítio cirúrgico para a pós-alta hospitalar de cirurgia cardíaca reconstrutora. **Rev. Min. Enferm.** v.14, n.2, p.239-243, 2010.

RUOFF, A. B.; SOUSA, F. M.; SILVA, C. D. O impacto das orientações no cliente submetido a um procedimento cirúrgico. **Revista Científica CENSUPEG**, n.4, v.7, p. 122-129, 2014.

SALBEGO, C. Tecnologias cuidativo-educacionais: a práxis de enfermeiros em um hospital universitário. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Maria. 2016.

SALBEGO, C. *et al.* Tecnologias cuidativo-educacionais: um conceito em desenvolvimento. **Teixeira E, org. Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**. Porto Alegre: Moriá, p. 31-50, 2017.

SAMPAIO, C. E. P. *et al.* Fatores determinantes da ansiedade e mecanismos de coping em procedimentos cirúrgicos gerais. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 5, n. 4, p. 547-555, 2013.

SANTOS, J. ; HENCKMEIER, L.; BENEDET, S. A. O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. **Enfermagem em foco**, v. 2, n. 3, p. 184-187, 2011.

SANTOS, M. C.; RENNÓ, C. S. N. Indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. **RAS**, v.15, n.58, p.27-36, jan.-mar. 2013.

SARAGIOTTO, I. R. A.; TRAMONTINI, C. C. Sistematização da Assistência de enfermagem perioperatória: Estratégias utilizadas por enfermeiros para sua aplicação. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá**, v. 8, n. 3, p.366-371, set. 2009.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, Rémi. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da equipe de Saúde da família. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.11, nov. 2013.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1685-1698, 2010.

SOUSA, C. S. Educação pós-operatória: construção e validação de uma tecnologia educativa para pacientes submetidos à cirurgia ortognática [Dissertação]. Universidade de São Paulo, São Paulo. 2011.

SOUSA, E. A. A. *et al.* Arquitetura da informação e usabilidade em ambientes informacionais digitais: avaliação da intranet da Creduni. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba. 2014.

STENMARK, D. Information vs. Knowledge: The Role of intranets in Knowledge Management. In: Proceedings of HICSS-35, January 7-10, Hawaii, 2002.

TEIXEIRA, A. C.; BARBIERI-FIGUEIREDO, M.C. Empoderamento e satisfação profissional em Enfermagem: uma revisão integrativa, em consonância com a Teoria Estrutural. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 6, p. 151-160, 2015.

TRINDADE, A. L. B.; OLIVEIRA, M.; BECKER, G.V. Análise dos atributos para avaliação da qualidade da informação nos ambientes de intranet para apoio à gestão do conhecimento. **Revista Eletrônica de Administração**, v. 17, n. 3, p. 776-801, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Histórico**. Santa Maria, 2017. Disponível em: <<http://www.husm.br/index.php?janela=historico.html>>.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis**. 2ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

VIDAL, C. R. P. M. MULHERES NO CLIMATÉRIO: desconhecimento, relacionamentos e estratégias. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Ceará. 2009. Disponível em: <<http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/DISSERTCL%C3%81UDIA09.pdf>>

APÊNDICES



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do projeto: Desenvolvimento de proposição tecnológica cuidativo-educacional com a equipe multiprofissional de uma unidade cirúrgica

Pesquisador responsável: Prof^a. Enf^a. Dr^a. Elisabeta Albertina Nietzsche

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/ Departamento de Enfermagem

Telefone e endereço postal completo: (55) 32208263. UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, Departamento de Enfermagem, sala 1339, 97105-970 - Santa Maria – RS.

Local da coleta de dados: Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria.

Eu Elisabeta Albertina Nietzsche, responsável pela pesquisa “Tecnologia cuidativo-educacional para uma unidade cirúrgica: desenvolvimento com a equipe multiprofissional de saúde”, o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende desenvolver uma proposta de Tecnologia Cuidativo-Educacional, a partir das necessidades da prática da equipe multiprofissional de uma clínica cirúrgica de um Hospital Universitário do RS.

Acreditamos que ela seja importante tendo em vista que após a realização de uma busca no banco de Teses e Dissertações da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), durante o ano de 2017, visando caracterizar as tendências das produções científicas, relacionadas à temática “tecnologias educativas e/ou de cuidado” no cenário hospitalar, desenvolvidas por profissionais de saúde. Por meio desta busca foi possível identificar que a partir da busca com o descritor “Tecnologia Cuidativo Educacional”, emergiram 57 produções que tinham como foco central para estudo esta temática. Após foi realizada a leitura dos resumos, foram selecionados 11 estudos, que se relacionavam a hospitalização. Cabe destacar que apenas a enfermagem tem produzido estudos acerca dessa

temática. Ainda, nota-se uma carência de pesquisas voltadas para o cenário hospitalar e, principalmente voltadas ao cenário cirúrgico, justificando assim a realização deste estudo.

Para sua realização serão realizadas observações não participantes e grupos focais. Sua participação constará por meio da participação dos grupos e do desenvolvimento de seu trabalho cotidiano.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: acredita-se que o cansaço poderá afetar algum participante, à medida que os grupos sejam extensos. Frente a isto, o pesquisador irá intervir através do diálogo mútuo e, em consenso com os participantes, para juntos encontrar uma alternativa, seja através da pausa ou, finalização da coleta dos dados. A pesquisa oferece benefícios para seus pesquisados, a medida que as informações produzidas poderão proporcionar reflexões aos profissionais de saúde sobre sua práxis e, sua formação acadêmica/profissional, ainda, uma visão mais ampliada do que é tecnologia e tecnologia cuidadoso-educacional, como estas contribuem para o cuidado e educação e como as tecnologias podem ser produzidas e utilizadas.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão. As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Também serão utilizadas imagens.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa. Salienta-se que este termo será assinado em duas vias, ficando uma com o participante e outro com o pesquisador.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou

riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresse minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Assinatura do voluntário



Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Elisabeta Albertina Nietsche

Profª Enfª Drª
COREN-RS 22210



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Desenvolvimento de proposição tecnológica cuidativo-educacional com a equipe multiprofissional de uma unidade cirúrgica

Pesquisador responsável: Prof^ª. Enf^ª. Dr^ª. Elisabeta Albertina Nietsche

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria/ Departamento de Enfermagem

Telefone para contato: (55) 32208263

Local da coleta de dados: Unidade de Cirurgia Geral do Hospital Universitário de Santa Maria.

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de observação não participante e grupo focal, na clínica cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria, no período de fevereiro a junho de 2018.

Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, Departamento de Enfermagem, sala 1339, 97105-970 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Prof^ª. Enf^ª. Dr^ª. Elisabeta Albertina Nietsche. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em 21/12/2017, com o número de registro CAAE 80730717.3.0000.5346.

**Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS -
2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.**



Elisabeta Albertina Nietsche

Profª Enª Drª
COREN-RS 22210

Assinatura do pesquisador responsável



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

Mestranda: Andressa Böck

Pesquisadora Responsável/Orientadora: Prof^a Dr^a Elisabeta Albertina Nietsche

Título do projeto de pesquisa: Desenvolvimento de proposição tecnológica cuidativo-educacional com a equipe multiprofissional de uma unidade cirúrgica

Todos os encontros acontecerão em quatro momentos:

1º Momento – Apresentação: será realizada apresentação individual dos participantes bem como o contrato grupal a cada novo encontro com os novos participantes.

2º Momento – Apresentação dos objetivos do encontro: no primeiro dia será apresentada a pesquisa, recolhimento do TCLE, e explicado a organização do grupo focal e o papel da moderadora e observadora.

3º Momento - Discussão e debate: será realizado esse momento, a fim de aprofundar discussões lançadas pelo grupo, serão balizadas pelos questionamentos; O quê? Para quê? Por quê? Como? Sendo solicitado aos participantes que exemplifiquem suas ideias, na busca de aprofundar a discussão e de esclarecer falas e ideias.

4º Momento – Síntese e avaliação coletiva: esse momento será realizado afim de sintetizar o entendimento do grupo a respeito do tema. Ressalta-se que, como se trata de um grupo focal, essa síntese não significa que todos devem concordar com apenas uma fala, mas que as diferentes opiniões serão valorizadas. Neste momento será planejada a data do próximo encontro com o grupo. Ao término, será realizado o agradecimento final e convidados para um lanche coletivo.

ETAPA 1 – OBSERVAÇÃO E DIAGNÓSTICO DA REALIDADE (grupo focal manhã e tarde): Tem como objetivo identificar os diagnóstico da unidade de cirurgia geral.

ETAPA 3 - ANÁLISE E DESENHO COLETIVO DA PROPOSTA TECNOLÓGICA (grupo focal manhã e tarde): busca definir o tema da proposição tecnológica e a quem será destinada.

ETAPA 5 – APRECIACÃO (grupo focal manhã e tarde): apreciação da proposição tecnológica para posterior adequação se houver necessidade.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**APÊNDICE D – GUIA PARA PREPARO DA ALTA HOSPITALAR DO
PACIENTE/ACOMPANHANTE CIRÚRGICO**



**GUIA PARA PREPARO DA ALTA HOSPITALAR
DO PACIENTE/ACOMPANHANTE CIRÚRGICO**

APRESENTAÇÃO

O presente guia é resultado de uma pesquisa de mestrado desenvolvida nos anos 2017-2019 intitulada “Desenvolvimento de proposição tecnológica cuidativo-educacional com a equipe multiprofissional de uma unidade cirúrgica”. Esta pesquisa vincula-se ao GEPES – Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. O GEPES vem desde a sua criação, intensificando a produção do conhecimento na área da saúde, em especial da enfermagem, por meio de pesquisas que possuem na sua essência o cuidado e a educação e também estudos que trazem como foco principal as tecnologias em enfermagem.

O desenvolvimento da proposição tecnológica cuidativo-educacional foi norteado por seis etapas, a saber: Diagnóstico da realidade, Teorização, Análise e Desenho coletivo da Proposta Tecnológica, Teorização e Desenvolvimento, Apreciação e Desenho Final. Participaram da investigação a equipe multiprofissional de saúde da unidade de cirurgia geral do HUSM.

A partir destas etapas e em conjunto com os profissionais de saúde da unidade de cirurgia geral do Hospital Universitário de Santa Maria, foi discutido e elaborado o diagnóstico da realidade em que atuam, sendo: deficiência das orientações pré e pós operatórias e pré alta hospitalar. Após a realização do diagnóstico, iniciou-se o desenho e desenvolvimento da proposição tecnológica.

A partir das discussões e reflexões com os participantes, alguns aspectos desta proposição tecnológica foram delimitados. A mesma é destinada a utilização dos profissionais de saúde da unidade de cirurgia geral para auxílio nas orientações de pacientes/acompanhantes para a alta hospitalar. Seu conteúdo aborda os aspectos e cuidados com a ferida operatória e os principais dispositivos de uso dos pacientes durante a internação hospitalar e após a alta: traqueostomia, sondas nasoenteral e nasogástrica, gastrostomia e jejunostomia, ostomias de eliminação, sondagem vesical intermitente no domicílio, e sonda vesical de demora.

EQUIPE DE TRABALHO

Elaboração:

Andressa Böck

Organização e Coordenação:

Andressa Böck

Elisabeta Albertina Nietsche

Parcerias:

Universidade Federal de Santa Maria – UFSM

Centro de Ciências da Saúde – CCS

Programa de Pós Graduação em Enfermagem – PPGEnf

Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM

Membros Colaboradores:

Giovana Colussi

Cléton Salbego

SUMÁRIO

CURATIVO EM FERIDA OPERATÓRIA.....	4
SONDA NASOENTÉRICA (SNE) E SONDA NASOGÁSTRICA (SNG).....	6
TRAQUEOSTOMIA.....	10
GASTROSTOMIA E JEJUNOSTOMIA.....	16
OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO.....	20
SONDA VESICAL DE DEMORA.....	25
SONDAGEM VESICAL INTERMITENTE NO DOMICÍLIO.....	29

CURATIVO EM FERIDA OPERATÓRIA

A troca do curativo da ferida operatória (Figura 1) deve ser realizada todos os dias após o banho ou sempre que o curativo estiver sujo e/ou úmido.

Figura 1. Ferida operatória.



Fonte: POTTER; PERRY; ELKIN, 2013.

PROCEDIMENTO:

- Lavar as mãos com água e sabão;
- Limpar a superfície do local onde for colocar os materiais do curativo com álcool 70% e depois abrir os materiais.
- Calçar as luvas, retirar o curativo sujo e trocar as luvas para realização do curativo novo;
- Lavar a ferida com soro fisiológico 0,9% (esta limpeza deve ser realizada em um único sentido: de cima para baixo);
- Secar a ferida e após cobri-la com gaze seca e fita micropore.

Atenção:

- Evite cortes de fita micropore grandes, pois a cola do material pode machucar a pele com o tempo.
- Não utilize pomadas ou cremes sem a prescrição do médico ou orientação do enfermeiro.
- É comum ocorrer a formação de secreção de cor avermelhada (não sanguinolenta) após o 5º dia de cirurgia. Essa secreção chama-se seroma e o tratamento é manter o curativo seco, ou seja, sempre que a gaze ficar úmida, realizar novo curativo.

- Procure um serviço de saúde ou seu médico em caso de vermelhidão, dor muito intensa na cicatriz, local quente, saída de secreção amarelo-esverdeada (pus) ou drenagem de sangue ininterrupto.
- Feridas operatórias com bom aspecto (sem vermelhidão) e sem presença de qualquer tipo de secreção podem ficar sem curativos, sendo necessária apenas a realização de higiene no local.

FERIDA OPERATÓRIA E LESÃO CONTAMINADAS

Em lesões contaminadas, os cuidados devem ser ainda mais atentos. Quando houver indicação do uso de coberturas como placas ou cremes, os curativos devem ser realizados com a frequência e do modo indicado pelo profissional de saúde responsável.

Procure a unidade básica de saúde mais próxima para apoio quanto à realização dos curativos. Além disso, atente quanto ao possível agendamento de avaliações e curativos no GELP – Grupo de Estudos em Lesões de Pele.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2007.

GEOVANINI, T. Tratamento de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. São Paulo: Rideel, 2014. 512p.

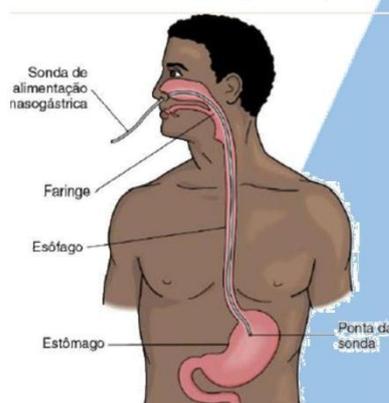
POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 1480 p.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G.; ELKIN, M. K. Procedimentos e intervenções de enfermagem. [tradução de Sílvia Mariângela Spada et al.]. – Rio de Janeiro: Elsevier, 816p., 2013.

SONDA NASOENTÉRICA (SNE) E SONDA NASOGÁSTRICA (SNG)

As sondas nasoentérica e nasogástrica (Figura 1) são tubos de silicone usados para alimentação. Sua instalação (passagem) é feita por via nasal ou oral (nariz ou boca) e chega até o estômago ou intestino, dependendo da indicação médica. Ela é recomendada quando há dificuldade do paciente para engolir os alimentos, quando o paciente não quer se alimentar devido à falta de apetite ou quando apresenta dificuldade para engolir (disfagia).

Figura 1. Posicionamento de sonda nasogástrica para alimentação.



Fonte: POTTER; PERRY; ELKIN, 2013.

CUIDADOS IMPORTANTES NA INFUSÃO DA DIETA ENTERAL

- Antes de manipular a sonda ou a dieta, lave bem as mãos;
- Para receber a dieta, é necessário que o paciente permaneça sentado ou com o apoio de travesseiros nas costas, pois se estiver deitado há risco de ocorrer episódios de vômitos e aspiração. O paciente deverá permanecer em postura mais elevada durante toda a infusão da dieta e 30 minutos após o término;
- Infundir a dieta lentamente por gotejamento (por meio de frasco acoplado ao equipo), gota a gota, para evitar diarreia, distensão abdominal, vômitos e má absorção;

- Para facilitar a descida da dieta, o frasco com sua preparação deve ser colocado em altura acima da cabeça;
- Após administrar cada frasco da dieta, correr pela sonda cerca de 40 ml de água filtrada ou fervida, mas em temperatura ambiente, para evitar acúmulo de resíduos e entupimento da sonda (Figura 2);
- O medicamento que não for líquido (comprimido) também pode ser colocado através da sonda, desde que triturado até virar pó e diluído em água. Após a administração do medicamento triturado, a sonda deve ser lavada com cerca de 40ml de água novamente (Figura 2).

Figura 2. Lavagem da sonda.



Fonte: POTTER; PERRY; ELKIN, 2013.

Atenção: caso sinta alguma obstrução (entupimento) na sonda, deve ser injetada água filtrada em jato; caso não consiga desobstruir, procure um serviço de saúde. Se a sonda deslocar ou for arrancada, não a coloque de volta ou administre qualquer coisa pela mesma, procure o serviço de saúde.

TROCA DA FIXAÇÃO DA SONDA

A fixação da sonda deve ser trocada diariamente após o banho e quando estiver suja ou solta.

MATERIAL NECESSÁRIO: Água, sabão, pano seco e fita micropore.

PROCEDIMENTO:

- Retire a fixação antiga (cuidado para não puxar a sonda junto), limpe o nariz com água e sabão, seque bem e sem friccionar(apertar);
- Fixe a sonda sem passar na frente dos olhos ou da boca (Figura 3);
- Cuide para sonda não ficar dobrada nem puxando o nariz.

Atenção: em caso de vermelhidão ou machucado na pele, fixar a sonda em outro local e comunicar a equipe de enfermagem para avaliar o machucado.

Figura 3. Fixação da sonda.



Fonte: HINKLE; CHEEVER, 2016.

CUIDADOS COM O PREPARO DA DIETA

- Antes de preparar a dieta, lave as mãos com água e sabão e seque.
- Use água filtrada ou fervida na preparação do alimento.
- As soluções devem ser preparadas em quantidade suficiente para, no máximo, um dia. Os excessos podem estragar de um dia para o outro.
- Liquidifique bem os alimentos e coe em peneiras finas. Se for necessário, coloque uma

gaze na peneira.

- Guarde a dieta na geladeira e retire 30 minutos antes de usá-la.
- Introduza a dieta em temperatura ambiente.
- Após passar a dieta ou a medicação, a sonda deve ser lavada com água com auxílio de uma seringa.
- Mesmo que o paciente não esteja mastigando os alimentos, mantenha sua boca bem limpa e seus dentes escovados para evitar cáries e infecções.

Atenção: não esqueça de fornecer água nos intervalos das refeições para evitar desidratação.

REFERÊNCIAS

HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica, volumes 1 e 2. Traduzido de Brunner e Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

LUMINI, M. J.; PERES, H. H. C.; MARTINS, T. Evaluation of the educational technology “Caring for dependent people” by family caregivers in changes and transfers of patients and tube feeding. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v.2, n.4, p. 3-8, 2016.

NAVES, L. K.; TRONCHIN, D. M. R. Nutrição enteral domiciliar: perfil dos usuários e cuidadores e os incidentes relacionados às sondas enterais. Rev Gaúcha Enferm. v.3, n.9, 2018.

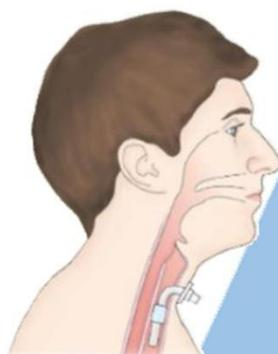
POTTER, P. A.; PERRY, A. G.; ELKIN, M. K. Procedimentos e intervenções de enfermagem. [tradução de Silvia Mariângela Spada et al.]. – Rio de Janeiro: Elsevier, 816p., 2013.

ROSANA, K. S. M. et al. Assistência de enfermagem a pacientes em uso de sonda gastrointestinal: revisão integrativa das principais falhas. Revista Cubana de Enfermería. v. 30, n. 4, 2014.

TRAQUEOSTOMIA

Traqueostomia (figura 1) é uma pequena abertura feita na traqueia, que fica na parte anterior do pescoço, próxima ao "pomo de Adão". Neste local, é introduzida uma cânula traqueal para facilitar a entrada de ar (figura 2). A traqueostomia é um dos recursos que podem ser usados para facilitar a chegada de ar aos pulmões, tratamento da insuficiência respiratória ou quando existe alguma obstrução no trajeto natural.

Figura 1. Posição de traqueostomia.



Fonte: HINKLE; CHEEVER, 2016.

Figura 2. Tubo de traqueostomia.



Fonte: HINKLE; CHEEVER, 2016.

ASPIRAÇÃO DA TRAQUEOSTOMIA

O procedimento de aspiração deve ser realizado sempre que o paciente tiver secreção, tosse ou ruídos ao respirar, pois retira as secreções da traqueostomia fazendo com que melhore a capacidade respiratória.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Luva;
- Aspirador elétrico portátil domiciliar;
- Sonda de aspiração;
- Frasco limpo com água;
- Extensão de aspiração.

PROCEDIMENTO:

- Deixar o paciente sentado;
- Lavar as mãos;
- Ligar o aspirador;
- Conectar a sonda no extensor do aspirador;
- Colocar a luva;
- Introduzir, lentamente e com cuidado, a sonda na traqueostomia a fim de aspirar as secreções (Figura 3);
- Se perceber que há muita secreção, repetir a aspiração;
- Após o término da aspiração, colocar a sonda no lixo e lavar o extensor com água;
- O vidro do aspirador e o extensor devem ser lavados todos os dias com água e sabão;
- Lavar as mãos.

Figura 3. Aspiração da traqueostomia



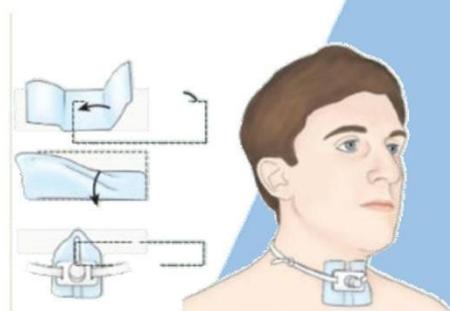
Fonte: POTTER; PERRY; ELKIN, 2013.

Atenção: se, no momento do procedimento, houver resistência na introdução da sonda ou se a secreção aspirada tiver cor e/ou cheiro ruim, procurar o serviço de referência ou unidade básica mais próxima. A sonda deve ser introduzida lentamente e se a mesma não progredir ou tiver alguma obstrução, não force sua entrada. Em caso de tosse, retire a sonda e aguarde a tosse parar para continuar.

CURATIVO E FIXAÇÃO DA TRAQEOSTOMIA

O curativo e a fixação da traqueostomia devem ser realizados diariamente após o banho e/ou sempre que houver sujidades nas gazes e no cadarço.

Figura 4. Curativo de traqueostomia.



Fonte: HINKLE; CHEEVER, 2016.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Luvas;
- Óculos de proteção;
- Gaze estéril;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Cadarço.

PROCEDIMENTO:

- Lavar as mãos;
- Retirar as gazes sujas;
- Limpar o local com gaze e soro;

- Pegar uma tira com mais ou menos 50 cm de cadarço e dobrá-lo de modo que uma das pontas fique mais comprida que a outra;
- Colocar o lado dobrado na aba da traqueostomia;
- Passar a outra ponta livre por dentro do laço, formado pela ponta dobrada;
- Passar a ponta mais comprida no outro orifício de fixação e amarrar;
- Cuidar para a tira não ficar muito apertada para não machucar o pescoço;
- Após fixação com cadarço, coloque uma gaze dobrada embaixo de cada uma das abas da traqueostomia para proteger a pele,
- Lavar as mãos.

Atenção: se não tiver soro, pode ser utilizado água potável/limpa para realização do curativo, e se não tiver gaze, pode ser utilizado panos limpos. Caso a traqueostomia saia do lugar ou apresente sangramento, encaminhe o paciente com urgência ao hospital ou unidade básica mais próxima.

SINAIS POSSÍVEIS DE OBSTRUÇÃO DA TRAQUEOSTOMIA

Há vários sinais que podem ser observados e, caso perceba alguns dos sinais abaixo, aspire a traqueostomia e chame o serviço de emergência.

- Acessos frequentes de tosse;
- Sensação de asfixia ou de "estar se afogando no seco", falta de ar;
- Respiração ruidosa (barulhenta) e com esforço/dificuldade;
- Dificuldade para respirar ao deitar/dificuldade para dormir deitado;
- Falta de ar após pequenos esforços;
- Pele azulada, principalmente a boca e ponta dos dedos;
- Engasgos frequentes.

LIMPEZA DA ENDOCÂNULA

Para evitar complicações graves como asfixia e infecções, alguns cuidados devem ser realizados para a manutenção da higiene e passagem do ar. Estes cuidados podem ser realizados tanto pelo cuidador, quando a pessoa está acamada, ou pelo próprio paciente, quando se sente capaz.

PROCEDIMENTO:

- Lave as mãos;
- Calçar as luvas;
- Retirar a cânula interna (móvel), colocando-a em um recipiente limpo com água morna deixando de molho por cerca de cinco minutos;
- Com auxílio de uma gaze ou escova, limpe o interior da cânula (Figura 5);

Figura 5. Limpeza da cânula.

Fonte: POTTER; PERRY; ELKIN, 2013.

- Limpe a área ao redor da cânula móvel, passando uma gaze umedecida;
- Coloque a cânula de volta (Figura 6);

Figura 6. Reinscrição da cânula após limpeza.

Fonte: POTTER; PERRY; ELKIN, 2013.

- Realize a fixação e curativo (gazes ao redor da traqueostomia);
- Lave as mãos.

REFERÊNCIAS

BOULHOSA, F. J. S.; et al. O Impacto do protocolo de desmame de traqueostomia em pacientes vítimas de Traumatismo Cranioencefálico internados no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência no Pará. *Rev Univ Vale do Rio Verde*. 2015;13(2):313-23.

HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica, volumes 1 e 2. Traduzido de Brunner e Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

LIMA, C. A.; et al. Influência da força da musculatura periférica no sucesso da decanulação. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2011;23(1):56-61.

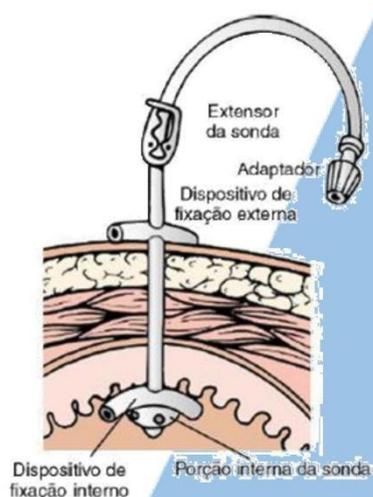
POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. 7ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G.; ELKIN, M. K. Procedimentos e intervenções de enfermagem. [tradução de Sílvia Mariângela Spada et al.]. – Rio de Janeiro: Elsevier, 816p., 2013.

GASTROSTOMIA E JEJUNOSTOMIA

A gastrostomia (Figura 1) é realizada por meio de procedimento cirúrgico no estômago onde é passada uma sonda (tubo de silicone) para possibilitar a alimentação e a hidratação do paciente que não está conseguindo ingerir alimentos por via oral ou que não foi possível utilização de sondagem pelo nariz ou boca. A jejunostomia é uma abertura no intestino e é utilizada quando o paciente apresenta alguma contra indicação para colocação de sonda no estômago.

Figura 1. Posicionamento da gastrostomia no estômago.



Fonte: POTTER; PERRY; ELKIN, 2013.

CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO

Deve ser utilizado o material indicado pela equipe de saúde após receber devido treinamento para o uso. Pode ser utilizado uma seringa de 20-60ml ou equipo conectado a um frasco próprio para este uso. A seguir, a sequência de passos para a alimentação:

- Higienize as mãos;

- Certifique-se de que o paciente está sentado ou semi-sentado para reduzir o risco de o alimento ir para o pulmão (aspiração);
- Identifique a via correta de alimentação na sonda e abra a tampa do adaptador de alimentação;
- Lave o tubo com 30-50ml de água avaliando se não há resistência ou desconforto ao paciente;
- A administração com seringa pode ser realizada apenas na gastrostomia. Encha a seringa com dieta, abra a tampa que conecta a sonda, conecte a seringa à sonda e administre a dieta lentamente (em pelo menos 30 minutos), repetindo essa conduta até o término da dieta;
- Se a administração for com equipo será necessário um suporte ou gancho para pendurar a dieta a, aproximadamente, 30 centímetros acima da cabeça do paciente. Após, conecte o equipo ao frasco de dieta, pendure o frasco no suporte (ou gancho), abra a pinça rolete do equipo para que a dieta preencha-o até próximo da extremidade que será conectada ao paciente e feche a pinça. Posteriormente, conecte a extremidade do equipo ao conector da dieta, abra a pinça e deixe pingar gota por gota (deve levar de 45 minutos até 2 horas);
- Ao término da administração da dieta, a gastrostomia ou jejunostomia deve ser lavada com 30 a 50 ml de água filtrada, fervida ou mineral sem gás, em temperatura ambiente;
- Fechar o conector da via de alimentação com a tampinha própria desta;
- Lavar o material utilizado, seringa, frasco e equipo com água e sabão, secar e guardar em recipiente fechado dentro da geladeira. No caso da seringa, desmonte-a (tire a parte interna (êmbolo) e retire a borrachinha de sua ponta para proceder adequada limpeza). Não deve haver resíduos de dieta no material após limpeza.

CUIDADOS COM A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

- Garanta que o paciente esteja na posição sentada ou semi-sentada;
- Higienize as mãos;
- Separe o medicamento que será administrado pela sonda, conferindo se a dose e o horário estão corretos;
- Interrompa a dieta se for na forma de infusão contínua pelo menos 30 minutos antes de administrar a medicação;

- Identifique a via correta de medicação (lembre-se de não administrar nada na via do balão);
- Lave a via de medicação com no mínimo 15ml de água antes da sua administração;
- Administre o medicamento (deve estar triturado e diluído em água);
- Lave novamente a via de medicamentos da sonda com no mínimo 15ml de água.

CURATIVO DA INSERÇÃO DA SONDA

O curativo (Figura 2), além de ser realizado para limpeza do local, deve ser um momento utilizado para observar aspecto da pele ao redor da inserção da sonda, se o paciente sente dor ao toque na região, se há sinais de infecção, como saída de líquidos ou pus, e se há vermelhidão e/ou calor na pele. O curativo deve ser realizado diariamente e sempre que forem observadas sujidades.

Figura 2. Curativo em inserção de gastrostomia.



Fonte: POTTER; PERRY; ELKIN, 2013.

- Higienize as mãos;
- Limpe o ao redor do orifício da sonda com soro fisiológico 0,9% ou água e sabão;
- Seque o local cuidadosamente;
- Cubra com gaze estéril;
- A sonda não deve ser dobrada sobre o abdômen, deve ser mantida reta;
- Se houver saída de líquidos pelo orifício de entrada da sonda, algumas gazes devem ser colocadas e fixadas acima da placa de contenção externa.

Atenção:

Em caso de obstrução da sonda, lave com água morna (40ml); se não houver êxito, procure a unidade básica de saúde. Se ocorrer a saída acidental da sonda, tape o local com um pano limpo úmido e procure o serviço de saúde.

Para constipação, realize a hidratação conforme orientação médica e/ou de nutrição, bem como promover a movimentação do paciente sempre que possível, pois isso auxilia no funcionamento intestinal.

Podem ocorrer episódios de náusea e vômito caso a infusão da dieta seja rápida ou haja excesso de gordura na mesma. Para evitar essa situação, alguns cuidados como diluição adequada da fórmula, diminuição da velocidade de infusão da dieta, redução da gordura e lactose da dieta são indicados. Se não houver melhora com essas medidas, entre em contato com a equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

LINO, A. I. A.; JESUS, C. A. C. Cuidado ao paciente com gastrostomia: uma revisão de literatura. *Rev Estima*. 2013;11(3):28-34.

MARTINS, A. C. F. Perfil dos pacientes portadores de gastrostomia e o papel dos cuidadores no domicílio [Dissert.]. Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”. Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu-SP. 2013. 115fls.

MEDEIROS, M. Tecnologia educativa em saúde para o cuidado domiciliar de pacientes em uso de gastrostomia [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem; 2017.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G.; ELKIN, M. K. Procedimentos e intervenções de enfermagem. [tradução de Sílvia Mariângela Spada et al.]. – Rio de Janeiro: Elsevier, 816p., 2013.

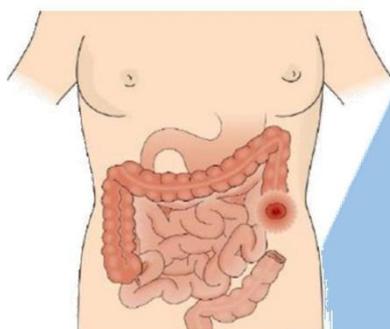
SANTOS, J.S. et al. Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2011;44(1):39-50.

STRAUSS, F. F. S. Administração de medicamentos por via gastrostomia: um levantamento das práticas de cuidadores e enfermeiros. [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2014.

OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

O ostoma é realizado em uma cirurgia para construção de um novo trajeto para saída de fezes e urina. Quando realizada no intestino grosso, chama-se colostomia (Figura 1). Dependendo do posicionamento onde será realizada, será diferente a frequência das evacuações e também a consistência das fezes.

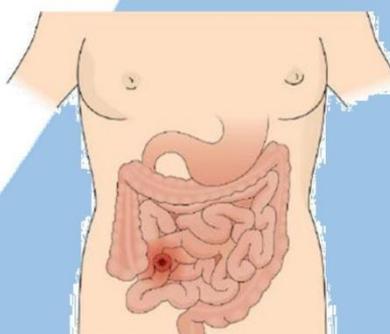
Figura 1. Posição de colostomia.



Fonte: POTTER; PERRY; ELKIN, 2013.

Quando realizada no intestino delgado (fino), chama-se ileostomia (Figura 2). Neste tipo de ostomia as fezes são inicialmente líquidas, passando, após período de adaptação, a ser semi-líquidas ou semi-pastosas.

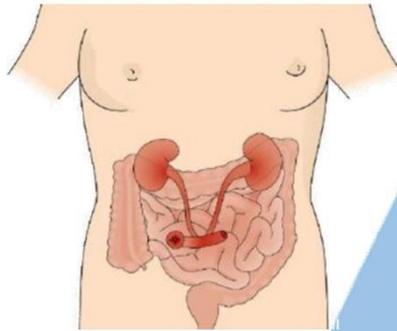
Figura 2. Posição de ileostomia.



Fonte: POTTER; PERRY; ELKIN, 2013.

Se o estoma for realizado para eliminação de urina, chama-se urostomia (Figura3).

Figura 3. Posição de urostomia.



Fonte: POTTER; PERRY; ELKIN, 2013.

CUIDADOS COM A BOLSA

Use sempre a bolsa adequada ao seu tipo de estoma (intestinal ou urológico), de acordo com as orientações e indicações do profissional de saúde. O orifício de abertura da sua bolsa deve ser igual ou no máximo três milímetros maior que o tamanho do seu estoma. Guarde suas bolsas de reserva em lugar arejado, limpo, seco e fora do alcance da luz solar.

Dispositivos para ileostomias e urostomias deverão ser esvaziados quando estiverem com pelo menos 1/3 de seu espaço preenchido. É necessário esvaziar constantemente para que não fique pesado e, conseqüentemente, descole da pele. Dispositivos para colostomias podem ser esvaziados sempre que necessário, geralmente uma ou duas vezes por dia.

Se possível, realizar a troca na hora do banho, pois há maior facilidade em descolar o adesivo da bolsa aderido à pele.

Atenção: para conforto e segurança, sempre que sair de casa levar um kit contendo bolsas de reserva, toalha de mão, sabonete neutro, um recipiente contendo água limpa e um saco plástico.

CUIDADOS COM O OSTOMA E A PELE EM SEU ENTORNO

Observar sempre a cor do ostoma (deve ser vermelho vivo), o brilho, a umidade, a presença de muco, o tamanho e a forma. A limpeza do estoma deve ser realizada com cuidado, sem esfregar ou utilizar esponjas ásperas, com água e sabonete neutro. Cuide para proteger o estoma com gaze umedecida durante a limpeza. Os pelos ao redor do estoma devem ser aparados curtos com auxílio de tesoura.

Não utilize substâncias agressivas à pele, como álcool, benzina, colônias, pomadas e cremes, pois podem ferir a pele ou causar reações alérgicas.

Atenção: cuidado com os insetos, em especial moscas. Não permita que nenhum inseto pouse no ostoma ou ao redor dele.

LIMPEZA DA BOLSA COLETORA

- Lave as mãos e reúna os materiais necessários;
- Abra a pinça e esvazie todo o conteúdo da bolsa, jogando as fezes ou urina em um recipiente ou direto na privada e dê descarga;
- Para bolsa de urina: limpe a ponta da torneirinha com papel higiênico, se necessário. Após feche a tampinha.
- Para bolsa de fezes: coloque água com pequena quantidade de sabão dentro da bolsa, chacoalhe e jogue fora a água suja. Repita este procedimento até bolsa ficar limpa. Limpe a ponta da bolsa e feche o clampe.

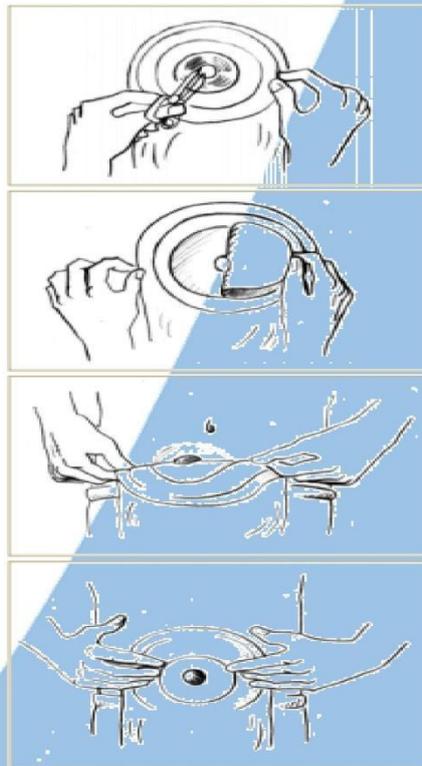
TROCA DA BOLSA

A troca da bolsa coletora (Figura 4) deve ser realizada sempre esta começar a desprender da pele ou apresentar vazamentos.

- Lave as mãos e reúna o material necessário;
- Recorte a bolsa no tamanho do seu estoma;

- Retire delicadamente a bolsa para não traumatizar a pele. Pode ser utilizado gaze ou algodão embebido em água morna ou realizar a retirada durante o banho
- Limpe delicadamente a pele ao redor do estoma com sabão neutro e água morna e seque com delicadeza;
- Retire o papel que protege a resina e cole a bolsa de baixo para cima;
- Certifique-se de que a bolsa ficou bem adaptada à pele.
- Retire o ar da bolsa;
- Feche o clampe.

Figura 4. Troca da bolsa coletora.



Fonte: Ministério da Saúde, 2003.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer (INCA). Orientações sobre ostomias. Gráfica do INCA, Rio de Janeiro, 2003.

COELHO, M. A. S. et al. Autocuidado de pacientes com colostomia, pele periostomal e bolsa coletora. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 9(10):9528-34, out., 2015.

PITTMAN J.; et al. Nurses Measure Health-Related Quality of Life in Patients Undergoing Intestinal Ostomy Surgery? *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 36(3):254-265, 2009.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G.; ELKIN, M. K. Procedimentos e intervenções de enfermagem. [tradução de Silvia Mariângela Spada et al.]. – Rio de Janeiro: Elsevier, 816p., 2013.

SILVA, C. R. R. et al. Construção do formulário de avaliação da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de eliminação intestinal. *Rev. Enf. Ref.* vol.serIV no.11 Coimbra dez. 2016.

SONDA VESICAL DE DEMORA

Sondagem vesical de demora é a passagem de um cateter (sonda) pelo canal uretral até a bexiga, para a drenagem contínua de urina, por certo período. A troca de sonda vesical de demora deve ser realizada conforme a orientação dos profissionais de saúde ou quando a mesma apresentar algum problema.

PRINCIPAIS CUIDADOS

No domicílio é de extrema importância que se tome alguns cuidados com a sonda vesical de demora, principalmente para evitar lesões por trauma e infecções. Alguns cuidados são:

- Não tracionar a sonda, pois ela pode sair da posição ocorrendo risco de lesionar a uretra (local de inserção da sonda) e ocorrer extravasamento da urina;
- Alternar o lado de fixação da bolsa coletora para evitar lesão do meato urinário (entrada da uretra) e a pele onde a sonda está fixada;
- Não deixar a bolsa coletora da sonda vesical em contato direto com o chão, pois proporciona alto risco de contaminação podendo desencadear infecção do trato urinário;
- Nunca elevar a bolsa coletora acima da cintura do paciente para não ocorrer o retorno da urina que está no extensor para a bexiga;
- A higiene perineal (genitália) deve ser realizada no mínimo três vezes ao dia.

Atenção: é necessário estar atento à quantidade de urina que está sendo drenada diariamente, ao aspecto da urina que está saindo na bolsa coletora e se há presença de sangue, pus, grumos (coágulos) etc. Sempre que houver diferença da urina convencional para outro tipo de urina é importante que os profissionais de saúde sejam comunicados, pois em alguns casos poderá se tratar de infecção que requer atenção especial. Além disso, é preciso observar sinais que possam indicar a obstrução da sonda, como por exemplo, mal estar geral no paciente, quantidade reduzida de urina na bolsa coletora e bexiga endurecida ou dolorosa; caso alguns desses sinais sejam observados, é necessário recorrer a um profissional de saúde para avaliação e posterior conduta.

FIXAÇÃO DA SONDA VESICAL DE DEMORA

A sonda vesical de demora deve sempre permanecer presa à pele para evitar tração da sonda, o que pode machucar o meato urinário, e infecções.

MATERIAL:

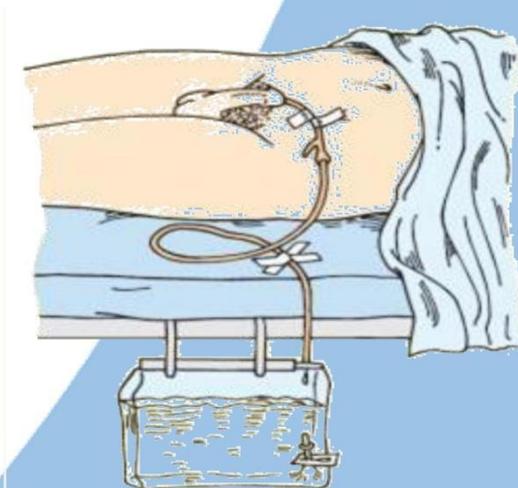
- Fita micropore;
- Tesoura.

PROCEDIMENTO:

- Lave as mãos;
- Corte uma tira da fita micropore;
- Fixar a sonda na pele.

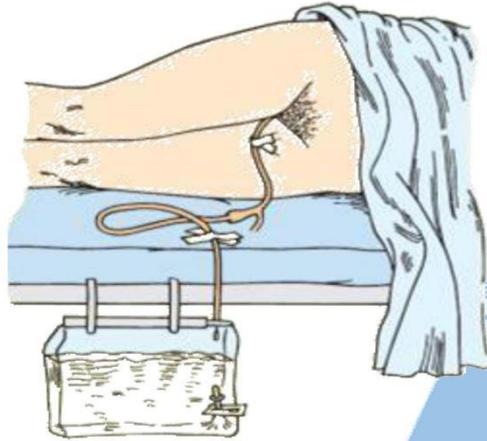
Atenção: nos homens (Figura 1), a fixação da sonda deve ser realizada na região inguinal ou na região inferior do abdômen; em mulheres (Figura 2), a fixação deve ser realizada na coxa, como na figura abaixo.

Figura 1. Fixação da sonda em homens.



Fonte: Ministério da Saúde, 2003.

Figura 2. Fixação da sonda em mulheres.



Fonte: Ministério da Saúde, 2003.

ESVAZIAMENTO DA BOLSA COLETORA

O esvaziamento da bolsa coletora de urina (Figura 3) deve ser realizado sempre que necessário, não permitindo que a mesma encha e pare o fluxo de urina.

Figura 3. Esvaziamento da bolsa coletora de urina.



Fonte: POTTER; PERRY; ELKIN, 2013.

MATERIAL:

- Recipiente limpo, preferencialmente de vidro;
- Luvas de procedimento.

PROCEDIMENTO:

- Lavar as mãos e organizar o material;
- Fechar o clampe superior, presente no extensor da bolsa coletora;
- Colocar o frasco abaixo do clampe inferior, presente na bolsa coletora;
- Abrir clampe inferior e esvaziar a bolsa, tendo o cuidado para não contaminar a válvula (não encostar a extremidade da bolsa no recipiente/frasco);
- Fechar o clampe inferior;
- Abrir o clampe superior;
- Descartar a urina;
- Limpar o frasco ou recipiente utilizado;
- Lavar as mãos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde; secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde; departamento de gestão da educação na saúde; projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Fundamentos de Enfermagem, Brasília, 2003.

JESUS, J. S.; COELHO, M. F.; LUZ, R. A. Cuidados de enfermagem para prevenção de infecção do trato urinário em pacientes com cateterismo vesical de demora (CVD) no ambiente hospitalar. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo.63(2):96-9, 2018.

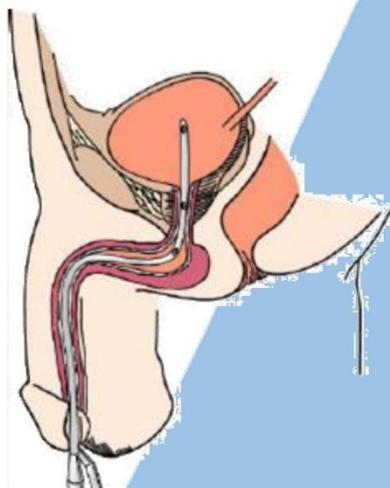
POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. 7ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G.; ELKIN, M. K. Procedimentos e intervenções de enfermagem. [tradução de Silvia Mariângela Spada et al.]. – Rio de Janeiro: Elsevier, 816p., 2013.

SONDAGEM VESICAL INTERMITENTE NO DOMICÍLIO

A sondagem (ou cateterismo) vesical consiste em passar uma sonda (pequeno tubo) pelo canal da uretra para esvaziar a bexiga (Figura 1), sendo o método mais utilizado para promover esse esvaziamento. Pode ser realizado tanto em homens quanto em mulheres e é utilizado em pessoas que não controlam a urina ou que após urinarem ficam com urina dentro da bexiga (urina residual). A sondagem pode ser realizada pela própria pessoa (auto cateterismo) ou por outra pessoa (cateterismo assistido), algumas vezes ao dia conforme a orientação médica.

Figura 1. Inserção correta da sonda vesical em paciente do sexo masculino.



Fonte: POTTER; PERRY; ELKIN, 2013.

PROCEDIMENTO:

- Lavar bem as mãos com água corrente e sabão;
- Colocar o material necessário ao seu alcance;
- Lavar bem a região genital, com água e sabão;
- Lavar bem as mãos novamente;
- Passar lubrificante na sonda uretral;

- **HOMENS:** puxar o prepúcio até visualização da uretra (Figura 2).

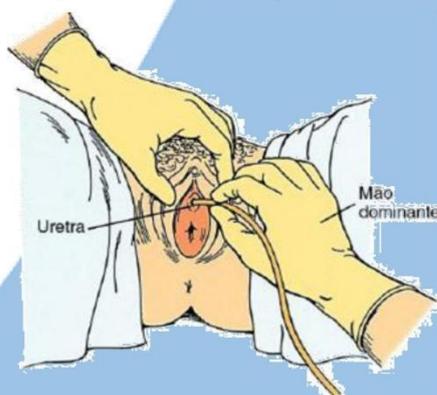
Figura 2. Tração do prepúcio na sondagem vesical masculina para visualização da uretra.



Fonte: POTTER; PERRY; ELKIN, 2013.

- **MULHERES:** afastar as pernas e, com uma das mãos, separe e afaste os lábios da vagina para visualizar o canal da urina/meato urinário (Figura 3). Você pode utilizar o espelho e foco de luz para ajudar na visualização.

Figura 3. Visualização da uretra na sondagem vesical feminina.



Fonte: POTTER; PERRY; ELKIN, 2013.

- Introduzir a sonda no canal da urina (meato urinário) até a urina começar a sair;
- Deixar sair toda urina em um recipiente;
- Aperte com a mão, um pouco abaixo do umbigo, para ter certeza que a bexiga esvaziou completamente;
- Retire a sonda com cuidado e descarte-a ou realize limpeza/desinfecção;
- Observar a quantidade, cheiro e cor da urina;
- Secar a região genital;
- Lavar as mãos.

Atenção:

- Se houver resistência ao passar a sonda, tente novamente sem fazer força. Caso você continue sentindo resistência, pare o procedimento e não force. Procure o atendimento médico.
- Pequenos sangramentos podem acontecer uma vez ou outra ao fazer o cateterismo. Lubrifique bem a sonda. No caso do sangramento continuar e/ou aumentar, procure seu médico para melhor avaliação.
- O número de cateterismos indicado por dia e o calibre do cateter são indicados pelo profissional da saúde.

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DA SONDA

Se for necessário você pode reaproveitar a sonda fazendo a limpeza e desinfecção, pois o cateterismo é um procedimento limpo. Lavar bem a sonda com água corrente por dentro e por fora, secar e guardar em lugar seco e limpo.

REFERÊNCIAS

CARDENAS, D. D. et al. Intermittent catheterization with a hydrophilic-coated catheter delays urinary tract infections in acute spinal cord injury: a prospective, randomized, multicenter trial. *PM R*. 2011;3(5):408-17.

LI, L. et al. Impact of hydrophilic catheters on urinary tract infections in people with spinal cord injury: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Phys Med Rehabil* 2013;94:782-7. 16. Webster J, Hood RH, Burridge.

MARTINS, C. F. et al. Urinary tract infection analysis in a spinal cord injured population undergoing rehabilitation--how to treat? *Spinal Cord* 2013;51:193-5.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. 7ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G.; ELKIN, M. K. Procedimentos e intervenções de enfermagem. [tradução de Silvia Mariângela Spada et al.]. – Rio de Janeiro: Elsevier, 816p., 2013.

WYNDAELE, J. J. et al. Committe 10 on Neurogenic Bladder and Bowel of the International Consultation on Incontinence 2008-2009. Neurologic urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2010;29:159-64.

ANEXOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

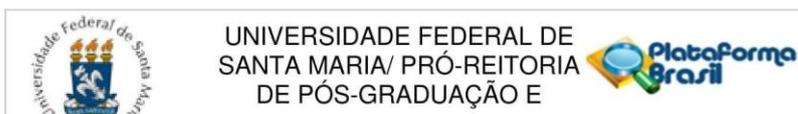
ANEXO A – CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL

		Universidade Federal de Santa Maria Hospital Universitário de Santa Maria Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
REGISTRO DE PROJETOS		
Nº Inscrição GEP <u>152/2017</u> Data: <u>23 / 11 / 2017</u>		
Pesquisador(a): <u>Elisabeta Albertina Nietzsche</u> Função: <u>Docente</u> SIAPE: <u>384924</u> Telefone: <u>5535332324</u> Unidade/Curso: <u>Departamento de Enfermagem</u> E-mail: <u>elisabeta.he@gmail.com</u> Título: <u>Tecnicas de cuidados educacionais para uma unidade de cuidados de emergência com o equipe multiprofissional de saúde</u>		
TIPO DE PROJETO: (x) Pesquisa () Extensão () Ensino () Institucional FINALIDADE: () TCC () Especialização (x) Mestrado () Doutorado () Pós-Doutorado () Iniciação Científica () Mestrado Profissional () Outros Qual programa? <u>Programa de Pós-graduação em Enfermagem</u>		
TIPO DE PESQUISA: () Inovações Tecnológicas em Saúde () Ciências Sociais e Humanas Aplicadas à Saúde () Epidemiológico () Clínica Epidemiológica Observacional () Infraestrutura () Avaliação de Tecnologia em Saúde () Biomédica (<i>Strito Sensu</i>) () Pré-Clinica (x) Qualitativa () Sistema de Saúde Planejamento e Gestão de Políticas; Programa e Serviços da Saúde () Outras Ações de C & T () Ensaio Clínico: () Fase I () Fase II () Fase III () Fase IV - Multicêntrico: (x) Não () Sim, qual? _____ - Período Execução: Ano (Início): <u>2017</u> Ano (Término): <u>2019</u>		
FONTE(S) DE FINANCIAMENTO: () Edital Interno do HUSM () Edital Interno UFSM, qual(is)? _____ () Indústria Farmacêutica () Agência Pública de Fomento Nacional (Capes, Cnpq, Fapergs, etc) () Agência de Fomento Internacional (x) Outro(s), qual(is)? <u>pesquisa bolsuária</u>		
GRUPO DE PESQUISA: () Não (x) Sim, qual? <u>CEPES</u>		
OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto.		
<u>Elisabeta Albertina Nietzsche</u> Pesquisador(a) responsável COREN-RS 22210		
AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO INSTITUCIONAL		
1- SETORIAL:		
Sectores Envolvidos	Concorda com o Projeto	Assinatura e Carimbo dos Responsáveis
<u>Clínica Cirúrgica - 3ª u.</u>	(x) Sim () Não	<u>Enf.º Helder Ferreira de Souza</u> Chefe da Unidade de Cirurgia Geral - UCG HUSM - EBSERH COREN 219033 - SIAPE 2263742
	() Sim () Não	
	() Sim () Não	
	() Sim () Não	
	() Sim () Não	
	() Sim () Não	
	() Sim () Não	
	() Sim () Não	
2- COMISSÃO CIENTÍFICA GEP/HUSM: <u>Arnonaldo</u> Data <u>01/12/17</u> 3- GEP/HUSM ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): <u>Mat P. R. K.</u> Data <u>01/12/17</u> Assinatura e Carimbo		
ATENÇÃO: A pesquisa só poderá ser iniciada após a aprovação do CEP/UFSM e entrega do parecer substanciado na GEP/HUSM.		



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

ANEXO B – APROVAÇÃO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TECNOLOGIA CUIDATIVO-EDUCACIONAL PARA UMA UNIDADE CIRÚRGICA: DESENVOLVIMENTO COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE

Pesquisador: Elisabeta Albertina Nietzsche

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80730717.3.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.453.836

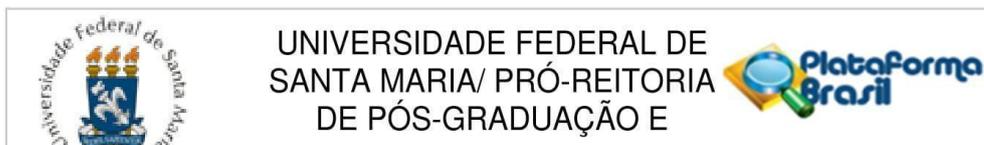
Apresentação do Projeto:

Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, caracteriza-se como um estudo de desenvolvimento metodológico, com abordagem qualitativa, será realizado na unidade de clínica cirúrgica de um Hospital Universitário de Santa Maria.

Os participantes deste estudo serão os profissionais de saúde que atuam na unidade de clínica cirúrgica, a seleção dos participantes será por meio de sorteio dos profissionais, caso haja grande disponibilidade e interesse dos mesmos em participar. O sorteio será realizado de maneira que contemple ao menos um participante de cada área de atuação. Contem critérios de inclusão e exclusão. Para a coleta dos dados, será utilizado um roteiro para o desenvolvimento metodológico, os quais inclui: Diagnóstico da realidade, Teorização, Análise e Desenho coletivo da Proposta Tecnológica, Teorização e Desenvolvimento, Apreciação, Desenho Final, Validação e Avaliação. Durante as etapas deste roteiro, serão utilizadas as técnicas de observação não participante e grupo focal.

O processo de análise dos dados proveniente das observações e grupos focais será sustentado pelo método de análise de conteúdo de Bardín. Apresenta cronograma de execução e orçamento.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.453.836

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: desenvolver uma proposta de Tecnologia Cuidativo-Educacional, a partir das necessidades da práxis da equipe multiprofissional de uma clínica cirúrgica de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul.

Objetivo secundário:

Conhecer a realidade de uma clínica cirúrgica bem como suas demandas para o desenvolvimento coletivo de uma proposta de Tecnologia Cuidativo-Educacional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: é possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos. Acredita-se que o cansaço poderá afetar algum participante, a medida que os grupos sejam extensos. Frente a isto, o pesquisador irá intervir através do diálogo mútuo e, em consenso com os participantes, para juntos encontrar uma alternativa, seja através da pausa ou, finalização da coleta dos dados.

Benefícios: a pesquisa oferece benefícios para seus pesquisados, a medida que as informações produzidas poderão proporcionar reflexões aos profissionais de saúde sobre sua práxis e, sua formação acadêmica/profissional, ainda, uma visão mais ampliada do que é tecnologia e tecnologia cuidativo-educacional, como estas contribuem para o cuidado e educação e como podem ser produzidas e utilizadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

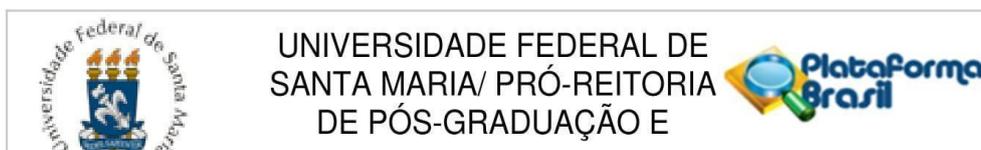
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto da página da Plataforma Brasil, autorização institucional, registro no GAP, termo de confidencialidade, termo de consentimento livre e esclarecido, roteiro para o grupo focal e para observação.

Recomendações:

.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E**

Continuação do Parecer: 2.453.836

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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_1045597.pdf	14/12/2017 13:57:06		Aceito
Outros	roteiroobservacao.pdf	14/12/2017 13:56:35	Elisabeta Albertina Nietsche	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	14/12/2017 13:36:42	Elisabeta Albertina Nietsche	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodissertacaoandressabock.pdf	04/12/2017 14:47:42	Elisabeta Albertina Nietsche	Aceito
Outros	curriculolatteselisabeta.pdf	04/12/2017 14:27:28	Elisabeta Albertina Nietsche	Aceito
Outros	registrogap.pdf	04/12/2017 14:24:39	Elisabeta Albertina Nietsche	Aceito
Outros	termoconfidencialidade.pdf	04/12/2017 14:24:09	Elisabeta Albertina Nietsche	Aceito
Outros	aprovacaogephusm.pdf	04/12/2017 14:23:32	Elisabeta Albertina Nietsche	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimentolivre esclarecido.pdf	04/12/2017 14:22:24	Elisabeta Albertina Nietsche	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	04/12/2017 14:21:44	Elisabeta Albertina Nietsche	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	04/12/2017 14:21:30	Elisabeta Albertina Nietsche	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

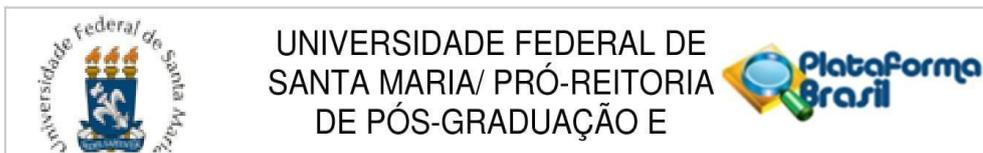
Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.453.836

SANTA MARIA, 21 de Dezembro de 2017

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com