

Percepção do homem sobre qualidade de vida relacionada à saúde antes da cirurgia oncológica

RESUMO | Objetivo: identificar e analisar a percepção do homem sobre qualidade de vida relacionada à saúde antes da cirurgia oncológica. Método: estudo descritivo, exploratório, qualitativo, realizado com 30 homens adultos em tratamento cirúrgico, em uma instituição pública federal no município do Rio de Janeiro, Brasil. Aprovação CEP-INCA-CAAE nº52647116430015274. A técnica de coleta de dados se deu no período de maio a julho de 2016, por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas em MP3 e apoiadas em um roteiro com questões pertinentes, relacionadas à qualidade de vida e à saúde do homem antes da cirurgia. Utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin para investigação dos dados e organização por categorias temáticas. Resultados: emergiu uma categoria temática central denominada “percepção sobre qualidade de vida relacionada à saúde antes da cirurgia”, que se caracterizou por dois eixos: atitudes consideradas positivas; e atitudes que levaram o homem ao adoecimento por câncer. Conclusão: a avaliação de qualidade de vida antes da cirurgia torna-se necessária e deve ser incluída no plano de cuidado de enfermagem da saúde do homem.

Palavras-chaves: Saúde do homem; Neoplasias bucais; Qualidade de vida relacionada à saúde.

ABSTRACT | Objective: To identify and analyze the perception of men about health-related quality of life before cancer surgery. Method: a descriptive, exploratory, qualitative study conducted with 30 adult men undergoing surgical treatment at a federal public institution in the city of Rio de Janeiro, Brazil. Approval CEP-INCA-CAAE No. 52647116430015274. The data collection technique took place from May to July 2016, through semi-structured interviews recorded in MP3 and supported by a script with pertinent questions related to the quality of life and men's health before surgery. Bardin's Content Analysis technique was used for data investigation and organization by thematic categories. Results: A central thematic category emerged called “health-related perception of quality of life before surgery”, which was characterized by two axes: attitudes considered positive; and attitudes that led the man to illness by cancer. Conclusion: The assessment of quality of life before surgery becomes necessary and should be included in the Men's Health Nursing Care Plan.

Keywords: Men's health; Oral neoplasms; Health-related quality of life.

RESUMEN | Objetivo: identificar y analizar la percepción de los hombres sobre la calidad de vida relacionada con la salud antes de la cirugía del cáncer. Método: estudio descriptivo, exploratorio y cualitativo realizado con 30 hombres adultos sometidos a tratamiento quirúrgico en una institución pública federal de la ciudad de Río de Janeiro, Brasil. Aprobación CEP-INCA-CAAE No. 52647116430015274. La técnica de recopilación de datos tuvo lugar de mayo a julio de 2016, a través de entrevistas semiestruturadas grabadas en MP3 y respaldadas por un guión con preguntas pertinentes relacionadas con la calidad de vida y la salud de los hombres antes de la cirugía. La técnica de análisis de contenido de Bardin se utilizó para la investigación y organización de datos por categorías temáticas. Resultados: surgió una categoría temática central llamada “percepción de la calidad de vida relacionada con la salud antes de la cirugía”, que se caracterizó por dos ejes: actitudes consideradas positivas; y actitudes que llevaron al hombre a la enfermedad por cáncer. Conclusión: La evaluación de la calidad de vida antes de la cirugía se hace necesaria y debe incluirse en el Plan de atención de enfermería para hombres.

Descriptorios: Salud de los hombres; Neoplasias orales; Calidad de vida relacionada con la salud.

Ana Angélica de Souza Freitas

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora e Preceptora da Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidar Cuidados de Enfermagem CNPq. RJ, Brasil.

Maria José Coelho

Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Líder do Grupo de Pesquisa Cuidar Cuidados de Enfermagem CNPq. RJ, Brasil.

Júlio Cesar Santos da Silva

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca - CEFET - RJ. Membro do Grupo de Pesquisa de Estudos de Prevenção de Riscos e Agravos à Saúde. CNPq. RJ, Brasil.

Raquel de Souza Ramos

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Hospital Universitário Pedro Ernesto - RJ, Brasil.

Thiago Augusto Soares Monteiro da Silva

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor da Universidade de Vassouras. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidar Cuidados de Enfermagem CNPq. RJ, Brasil.

Recebido em: 26/07/2019

Aprovado em: 18/09/2019

Introdução

A saúde do homem é um assunto bastante complexo, que parece deitar raízes nos constructos sociais que determinaram – e ainda perpetuam – os modelos de masculinidades hegemônicas. Tais constructos podem auxiliar no entendimento das dificuldades dos homens a procurarem espaços para atendimento de suas necessidades de saúde não apenas em situações emergenciais. Baseado nestes aspectos, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção ao Homem que, em linhas gerais, se propõe a organizar, implantar, qualificar e humanizar, em consonância com os princípios do SUS, a atenção integral à saúde do homem.

Neste sentido, tal política caracteriza-se como uma estratégia de cuidado direcionado às ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde¹, objetivando a promoção da qualidade de vida relacionada à saúde deste grupo social, considerando este conceito de qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição no mundo, no contexto da cultura, expectativas e valores aos seus objetivos².

Assim, esta política preconiza que os profissionais de saúde estejam capacitados e sensíveis ao reconhecimento da necessidade de identificar os elementos psicossociais que potencializam a vulnerabilidade masculina, bem como os principais fatores de morbimortalidade, na direção de atuar principalmente nos agravos evitáveis através de medidas de prevenção primária¹.

O câncer é uma patologia que pertence ao grupo de doenças e agravos não transmissíveis, é a segunda maior causa de adoecimento e morte no Brasil e no mundo^{3,4}. Uma das modalidades de tratamento para a doença é a cirurgia oncológica. Para o presente estudo, realizou-se um recorte para o tratamento das neoplasias do trato aerodigestivo superior, que englobam as regiões da cavidade

“
Neste sentido,
tal política
caracteriza-se como
uma estratégia
de cuidado
direcionado às
ações de promoção,
prevenção,
assistência e
recuperação da
saúde¹, objetivando
a promoção da
qualidade de
vida relacionada
à saúde deste
grupo social,
considerando
este conceito de
qualidade de vida
como a percepção
do indivíduo de sua
posição no mundo,
no contexto da
cultura, expectativas
e valores aos seus
objetivos².
”

oral, faringe e laringe⁵, na medida em que estes agravos são mais incidentes em homens.

As pessoas com neoplasia de tal topografia precisam lidar, para além do processo de adoecimento, com o impacto do tratamento cirúrgico sobre os aspectos funcionais e estéticos, o que nos permite a elaboração de estratégias para a avaliação de medidas de suporte nas questões clínicas, sociais e de cuidado à saúde.

De posse das reflexões anteriores, definimos como objeto de pesquisa a qualidade de vida do homem antes da adesão ao tratamento cirúrgico oncológico.

Como objetivos do presente estudo, foram definidas as ações de identificação e análise da percepção dos homens sobre qualidade de vida relacionada à saúde antes da cirurgia oncológica.

A identificação e análise destas percepções poderão contribuir para o fortalecimento da pesquisa, ensino e assistência na área da prevenção, promoção e no cuidado à saúde do homem e áreas afins, tendo em vista a escassez, na literatura brasileira, sobre esta temática, além de gerar novos conhecimentos científicos no campo da Saúde e da Enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. Para os critérios de inclusão, foram considerados os pacientes do sexo masculino, com indicação de tratamento cirúrgico e em condições mentais que viabilizassem a participação para responder à entrevista. Foram excluídos os homens em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, com demência mental e que apresentavam diagnóstico clínico de recidiva do câncer. Após a aplicação dos critérios, os participantes foram 30 homens adultos com neoplasias do trato aerodigestivo superior.

O cenário do estudo foi uma instituição de saúde pública federal especializada no tratamento oncológico clínico e

cirúrgico, situada no município do Rio de Janeiro, região Sudeste do Brasil.

A técnica para coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada, apoiada em um roteiro com questões pertinentes a qualidade de vida relacionada à saúde do homem antes da cirurgia oncológica. Foi realizado um teste piloto do roteiro da entrevista com oito participantes, com pequeno ajuste no roteiro. Cada entrevista teve duração média de 50 minutos.

A etapa da coleta de dados ocorreu entre o período de maio a julho de 2016. Todas as entrevistas foram registradas em gravador de MP3. Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, com aprovação da Plataforma Brasil CEP-INCA-CAAE nº52647116430015274⁶.

Para análise dos dados da pesquisa, se utilizou a técnica de análise de conteúdo temática de Bardin. Os dados foram organizados e classificados por categorias temáticas, agrupados em polos cronológicos, tais como: pré-análise; exploração do material; tratamento; e interpretação dos resultados. A saturação teórica foi o critério utilizado para interrupção da coleta de dados⁷.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise das entrevistas, emergiu uma categoria analítica central – “a percepção sobre qualidade de vida relacionada à saúde antes da cirurgia oncológica” –, que será apresentada e discutida a seguir.

1- Categoria temática central – Percepção sobre qualidade de vida relacionada à saúde antes da cirurgia oncológica

Essa categoria se caracterizou por dois eixos principais: o primeiro, “atitudes dos homens consideradas positivas”; e o segundo, “atitudes que levaram o homem ao adoecimento por câncer”.

Eixo 1 – Atitudes dos homens consideradas positivas

Caracterizou-se pela alimentação por via oral e atividades de trabalho formal.

Alimentação pela boca

Para os homens, a qualidade de vida antes da cirurgia era muito melhor, porque sentiam prazer em poder se alimentar pela boca, sentiam o paladar, podiam mastigar, comer hambúrguer e churrasco e beber, como evidenciados nos trechos das falas a seguir:

[...] Antes de ficar doente e antes da cirurgia, a minha qualidade de vida era muito melhor, porque podia me alimentar pela boca, mastigar, fazer tudo, entendeu? [...]. (H9).

[...] Antes da cirurgia, era muito melhor. Podia comer e beber de tudo pela boca [...] (H19).

[...] Antes do câncer e da cirurgia, eu gostava de comer hambúrguer e churrasco [...]. (H23).

A indicação do tratamento cirúrgico ao homem pela neoplasia do trato aerodigestivo superior impõe sofrimento físico, social e psicológico, tendo em vista as alterações causadas nas funções básicas de vida, como a mastigação e a deglutição, com impacto na qualidade de vida. Um estudo de representações sociais sobre o tratamento oncológico evidenciou que, antes da cirurgia, os pacientes confirmavam medos e expectativas principalmente quanto às necessidades de adaptação e às limitações funcionais de mastigação e deglutição decorrentes do tratamento cirúrgico⁸.

Assim, a Enfermagem deve promover o acolhimento, a escuta ativa e o diálogo que se constituam em estratégias para estimular a autonomia do paciente no cuidado, contribuindo para sua reabilitação. O cuidado da escuta ativa caracteriza-se pelo acolhimento das necessidades psicossociais, como a ansiedade e a depressão, em situação de incerteza e fragilidade frente ao tratamento oncológico na neoplasia do trato aero digestivo superior.

A concepção de poder se alimentar por via oral é característica de uma

alimentação normal que envolve uma ingestão balanceada do alimento para satisfazer os requisitos de energia necessários para a função orgânica do corpo, movimento e trabalho⁹.

Para os homens, o aspecto de poder alimentar-se pela boca antes da cirurgia foi um dos fatores considerados positivos na percepção de qualidade de vida.

Atividades de trabalho

Os participantes do estudo relataram que a qualidade de vida antes da cirurgia era muito melhor, porque tinham autonomia, trabalho, possuíam uma vida que consideravam saudáveis, uma vez que podiam realizar as atividades de trabalho formal ou informal, sentindo-se ativos e fortes:

[...] Antes da cirurgia, minha vida era muito melhor, porque estava trabalhando como guarda municipal em uma empresa de contrato. Já estava frequentando a igreja e pagando minha casa própria [...] (H17).

[...] Antes de ficar doente e da indicação de cirúrgica, eu tinha uma vida normal. Trabalhava, era uma pessoa saudável, carregava dois sacos de cimento e subia escada. Era bem forte, uma pessoa sempre ativa [...] (H23)

Evidencia-se nos relatos a masculinidade hegemônica: “carregava sacos de cimento”; “estava trabalhando e pagando a casa própria”. Estudos com homens e masculinidades constataram que os pacientes trazem consigo a responsabilidade de provedor, papel esse atribuído historicamente à população masculina, que se torna prioridade por possibilitar o cumprimento de suas obrigações¹⁰.

Nesse sentido, masculinidades hegemônicas fazem parte da teoria de gênero de Connell, que reconhece múltiplas masculinidades que variam ao longo do tempo, da cultura e do indivíduo¹¹. Com a configuração atual da

prática que legitima a posição dominante dos homens na sociedade e justifica a subordinação das mulheres e outras formas de ser homem.

Observa-se que esses depoimentos são repletos de alusões ao estereótipo de que a masculinidade é ser um homem forte, que trabalha, carrega peso, é produtivo, ativo, envolvido nas tarefas múltiplas da vida cotidiana do ser masculino. Dessa forma, a masculinidade hegemônica marca questões complexas, pois a sua construção não é somente pelo homem, mas pela sociedade, caracterizando-o como forte e provedor da família¹².

Além disso, os profissionais de saúde também valorizam esse estereótipo de masculinidade na prática de cuidado. Estudos mostram que, no atendimento na Atenção Primária de cuidado à saúde, os profissionais colocam os homens invisíveis e invulneráveis a problemas de saúde, por acreditarem que são fortes e responsáveis pelo sustento da família, não podem e não devem ficar doente¹³⁻¹⁴.

Naturalmente, a construção das masculinidades imposta pela sociedade contemporânea influencia na decisão do homem em buscar ou não o serviço de cuidado à saúde, visto que há uma tendência em priorizar o trabalho laboral, considerado como primordial para a manutenção da função de provedor, ainda que colocando em risco a sua saúde e a sua vida.

Eixo 2 – Atitudes que levaram o homem ao adoecimento por câncer

Constata-se que os participantes dessa pesquisa adoeceram por algumas atitudes do cotidiano, como atividades de trabalho em excesso colocadas em primeiro lugar, com procura tardia por cuidado à saúde somente ao sinal de algum sintoma – como a disfonia, a dispneia e a genética das neoplasias do trato aerodigestivo superior – com hábitos de vida considerados não saudáveis, como a ingestão de bebida alcoólica e o consumo

de tabaco, praticados durante uma vida inteira, às vezes iniciados na infância ou na adolescência.

Atividades de trabalho em excesso

Os dados da pesquisa mostraram que os homens colocavam o trabalho em primeiro lugar, dando pouca atenção ao cuidado da saúde, que era deixada em segundo plano mesmo o corpo sinalizando alguma alteração orgânica:

[...] Não me cuidava. Só pensava no trabalho e no dinheiro. Quando descobri que estava doente passei a me cuidar [...] (H1).

[...] Sempre trabalhei muito. Antes da cirurgia, não dava para fazer nada, porque não tinha fôlego, não conseguia respirar direito [...] (H4).

[...] Trabalhava muito, fiquei muito rouco, um mês antes do diagnóstico da doença, estava correndo atrás de trabalhar. Falei com a médica que trabalhava comigo. Aí, ela conseguiu uma fonoaudióloga para mim, fiz por três meses tratamento com a fono e não melhorava. A única coisa que me incomodava era a rouquidão. Não teve jeito: foi indicada a cirurgia [...] (H5).

Nota-se que os serviços de saúde estão pouco preparados para atender a demanda de cuidado à saúde da população masculina. Estudos mostram que esses serviços funcionam de maneira centrada nas consultas individuais, valorizando a assistência médica. Em geral, as consultas são rápidas e os profissionais estão mais preocupados em oferecer uma pronta resposta, o que faz com que tomem decisões voltadas a condutas já conhecidas e centradas na terapêutica de patologias¹⁵⁻¹³⁻¹⁴.

A partir dessas constatações, pensa-se existir um caminho a ser trilhado na busca por ultrapassar as barreiras estru-

turais e culturais responsáveis pelas atitudes negligentes de cuidado à saúde do homem, a fim de atender às necessidades dessa população no que diz respeito à promoção e prevenção de doenças, visando à qualidade de vida.

A impossibilidade de abandonar as atividades laborais funciona não só como um empecilho na busca pelos serviços de cuidado, mas contribui também para a perspectiva de ser o trabalho a única atividade importante na vida cotidiana dos homens.

Além disso, as atividades de trabalho em excesso podem ser refletidas nos dados do estudo de Moura¹⁶, mostram que a maioria das causas de mortes ocorre em homens adultos, de 2,3 vezes maior do que nas mulheres, e com menor expectativa de vida, pois a busca por uma consulta médica acontece somente com o surgimento de uma doença, inviabilizando as ações voltadas à promoção e prevenção de doenças à saúde do homem. Isso se caracteriza pela estrita relação entre um modelo culturalmente construído pela sociedade contemporânea de masculinidades e sua influência no cuidado com a saúde.

Por outro lado, encontra-se, no discurso dos homens, a questão dos fatores de riscos relacionados ao fator ocupacional e ao tipo de trabalho, tais como: o material sintético; a cola; a poeira de asfalto e a madeira:

[...] Não me cuidava. Trabalhava com madeira, poeira e barulho, pegando peso [...] (H24).

[...] Trabalhava com poeira, usina de asfalto e como motorista de caminhão. A rouquidão ia e voltava. Nos últimos cinco anos, foi aumentado. Fazia gargarejo com romã, diziam que era bom para garganta, não resolvia nada. Antes, tinha ido ao clínico geral, mas não pediu exame, passou um remédio que não resolveu. [...] (H19).

[...] O problema do meu câncer foi porque trabalhava com

tinta sintética, que tinha um mau cheiro, coleí muito vulcapiso com a cola [...] (H14)

Conforme os relatos acima, se nota que o trabalho em oficinas mecânicas expõe o trabalhador ao risco de desenvolver câncer da laringe e faringe. O mesmo vale para pintores; açougueiros; pedreiros; encanadores; trabalhadores da construção civil; indústria de vidro; borracha; cerâmica; metal; trabalho em mineração de carvão; trabalho na fundição de ferro e aço¹⁷.

Nas neoplasias da laringe e da faringe, algumas atividades profissionais estão implicadas, como o trabalho na indústria de vidro, cerâmica, manufatura de produtos de metal, mineração de carvão, construção civil, fundição de ferro e aço e borracha¹⁷⁻¹⁸. Assim, as neoplasias do trato aerodigestivo apresentam um diagnóstico e tratamento que influenciam na vida ocupacional do homem e na sua qualidade de vida relacionada à saúde. O estudo evidenciou que os pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento cirúrgico vivenciaram mu-

danças e perdas de atividades laborais, com consequências psicossociais que foram consideradas e cuidadas¹⁸.

Constatou-se ainda que as atitudes consideradas positivas pelos homens frente aos cuidados com a saúde se sobressaíram perante os aspectos de atitudes que levaram ao adoecimento, merecendo destaque as seguintes atitudes: as mudanças nos hábitos de vida cotidiana, como cessação do fumo e da bebida alcoólica antes do adoecimento; a promoção de atividades de lazer, como ir à praia, festinhas de finais de semana; os jogos de futebol com os amigos; o desenvolvimento de atividades laborais; a alimentação por via oral; a anatomia e fisiologia da mastigação e deglutição normais; a qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Com os resultados obtidos na pesquisa, concluiu-se que a percepção de qualidade de vida relacionada à saúde antes da cirurgia oncológica significava poder trabalhar, como realização pessoal; ter condições financeiras para sustentar a família; ter satisfação das necessidades

básicas, como sentir prazer com a alimentação pela boca, poder comer churrasco; mastigar, beber em uma festa com familiares e amigos.

Apesar de saberem que a cirurgia oncológica pode acarretar alterações nas funções básicas de sobrevivência, como na mastigação e na deglutição, influenciando na qualidade de vida, os homens se mantiveram otimistas, pois sabiam que o tratamento iria curar o câncer. Esses resultados mostram que a avaliação da qualidade de vida torna-se necessária como incorporação no cotidiano de cuidado de enfermagem à saúde do homem.

Para as áreas da Saúde e da Enfermagem, essas demandas se tornam desafiadoras, pois a Política de Cuidado à Saúde do Homem tem apenas onze anos e precisa ser pesquisada para a população geral, científica e, em especial, a população masculina brasileira.

Assim, novas pesquisas se fazem necessárias, principalmente para avaliar a qualidade de vida em outras faixas etárias, que possam contribuir para o planejamento do cuidado ao paciente antes da cirurgia oncológica. 🐦

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral Saúde do Homem. Brasília DF, 2008.
2. Organização Mundial de Saúde. The WHOQOL Group 1993. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 10:1403-1409.
3. American Cancer Society. Cancer facts and figures 2019. Atlanta, 2019
4. Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2017.
5. Galbiatti ALS, Armando PJJ, Victor MJ, Soares RCD, Cristina PE, Maria GBE. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. *Braz J orhinolaryngol*, São Paulo. 2013; 79 (2): 239-47.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União 13/06/2013, seção 1 p.59.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
8. Leitão BFB, Duarte IV, Bettega PB. Paciente com câncer de cavidade bucal submetidos a cirurgia: representações sociais acerca do adoecimento e tratamento. *Rev SBPH (Minas Gerais)*. [Online]. 2013 [citado 31 mar 2017]; 16 (1):113-40.
9. GUYTON AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
10. Cavalcanti JRD. et al. Assistência integral a saúde do homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. *Esc. Anna Nery (Rio de Janeiro)*. [Online]. 2014 [citado 16 fev 2017]; 18 (4): 628-34.
11. Connell, RW. Masculinidades, University of California Press: Berkeley, 1995.
12. Couto MT et al. O homem na Atenção Primária à saúde: discutindo a(in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface comun.saúde educ.* (Online). 2010 mar; [citado jun 2017];14(33): Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?](http://www.scielo.br/13.Levorato CD, et.al Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. Ciênc. saúde coletiva, 19 (4): 1263-1274, 2014.>
14. Alves, RF. et al Genero e saúde: o cuidar do homem em debate. <i>Psicol. teor. práct</i>, São Paulo, v.13, n 3 p. 152-166, 2011.
15. Schraiber LB et al . Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. <i>Cad. Saúde Pública</i> [Online]. 2010 May [cited 2017 Aug 31]; 26(5): 961-970. Disponível em : <a href=)
16. Moura E. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira; 2012.
17. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho. Rio de Janeiro; 2012.
18. Barrozo BM, Carlo MMRP, Ricz HMA. Os papéis ocupacionais de pessoas com câncer de cabeça e pescoço. *Rev. Ter. Ocup. (São Paulo)*. [Online]. 2014 [citado 19 mar 2017];25(3):255-63. Disponível em : <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/61865>

Proposta de um instrumento de enfermagem direcionado à saúde da mulher: revisão integrativa

RESUMO | Objetivo: identificar artigos que norteiam a elaboração de uma proposta de instrumento de coleta de dados com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, como fase inicial do Processo de Enfermagem com o seu guia instrucional. Método: revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados eletrônicas LILACS, MEDLINE e BDEF disponíveis na BVS/BIREME, no período de 2004 a 2014. Resultados: os sete artigos que corresponderam à amostra do estudo foram indexados na base de dados LILACS, no idioma português, dois foram publicados em 2005, três em 2008, e dois em 2012. Os periódicos foram: Acta Paul Enferm, Esc Ana Nery, Ciênc Cuid Saúde, Rev Eletr Enferm, Rev Bras Enferm, Rev Rene. Conclusão: os artigos analisados chegaram ao mesmo resultado, de que a construção dos instrumentos de coleta de dados de enfermagem foi eficaz para a implantação do PE. O estudo identificou subsídios para estruturar-se de forma científica uma proposta de instrumento que poderá ser aplicado na prática assistencial do enfermeiro.

Palavras-chaves: coleta de dados; anamnese; enfermagem obstétrica.

ABSTRACT | Objective: to identify articles that guide the elaboration of a proposal for a data collection instrument based on the theory of basic human needs, as the initial phase of the Nursing Process with its instructional guide. Method: integrative literature review, conducted in the electronic databases LILACS, MEDLINE and BDEF available in the BVS/BIREME, from 2004 to 2014. Results: the seven articles that corresponded to the study sample were indexed in the LILACS database, in the Portuguese language, two were published in 2005, three in 2008, and two in 2012. The journals were: Acta Paul Enferm, Esc Ana Nery, Ciênc Cuid Saúde, Rev Eletr Enferm, Rev Bras Enferm, Rev Rene. Conclusion: the analyzed articles reached the same result, that the construction of the nursing data collection instruments was effective for the implementation of the NP. The study identified subsidies to scientifically structure a proposal for an instrument that can be applied in nursing care practice.

Keywords: data collection; medical history taking; obstetric nursing.

RESUMEN | Objetivo: identificar artículos que guíen la elaboración de una propuesta de instrumento de recopilación de datos basado en la teoría de las necesidades humanas básicas, como la fase inicial del Proceso de Enfermería con su guía instructiva. Método: revisión de la literatura integrativa, realizada en las bases de datos electrónicas LILACS, MEDLINE y BDEF disponibles en la BVS/BIREME, de 2004 a 2014. Resultados: los siete artículos que correspondieron a la muestra de estudio se indexaron en la base de datos LILACS, en portugués, dos se publicaron en 2005, tres en 2008, y dos en 2012. Los periodicos fueron: Acta Paul Enferm, Esc Ana Nery, Ciênc Cuid Saúde, Rev Eletr Enferm, Rev Bras Enferm, Rev Rene. Conclusión: los artículos analizados alcanzaron el resultado, que la construcción de los instrumentos de recolección de datos de enfermería fue eficaz para la implementación del PE. El estudio identificó subvenciones para estructurar científicamente una propuesta de instrumento que se puede aplicar en la práctica de cuidados de enfermería.

Descriptor: recolección de datos; anamnesis; enfermería obstétrica.

Maru Jorge de Pinho Barreiros

Mestre em Enfermagem no Processo do Cuidar em Saúde, Especialista em Administração Hospitalar (UNAERP), Especialista em Linguística Portuguesa (UNIFAP), Enfermeiro Assistencial do Hospital da Mulher Mãe Luzia (HMML), Docente de Ciências Físicas e Biológicas do Ensino Fundamental II, EMEF Maestro Miguel. Macapá (AP), Brasil. Artigo extraído da Dissertação de Mestrado apresentada ao Centro Universitário São Camilo (CUSC). São Paulo (SP), Brasil.

Ivonete Sanches Giacometti Kowalski

Doutora e Mestre em Educação (Psicologia da Educação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP). Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo. São Paulo (SP), Brasil.

Grazia Maria Guerra

Doutora em Ciências (USP), Mestre em Fundamentos de Enfermagem (USP). Pesquisadora do Centro de Pesquisa Clínica Translacional do INCOR - Hospital das Clínicas, USP. Diretora do Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Hipertensão. Coordenadora da Residência da Universidade Santo Amaro (UNISA). São Paulo (SP), Brasil.

Recebido em: 02/06/2019

Aprovado em: 24/10/2019

INTRODUÇÃO

É essencial que o enfermeiro possa analisar e avaliar o seu cliente globalmente, tendo como objetivo as dimensões biopsicossociais e espirituais. Quando o corpo e/ou a mente sofrem, a pessoa é afetada em sua totalidade. Portan-

to, não podemos dar enfoque somente às partes que perturbam o indivíduo^{1,2}. Faz-se necessário que o enfermeiro tenha conhecimento técnico e científico para assistir o seu cliente, resgatando os princípios das necessidades humanas básicas, citadas por Maslow, Mohana e Horta³.

Para que essas necessidades sejam atendidas, deve-se realizar uma minuciosa entrevista de enfermagem (anamnese), acompanhado de um completo exame físico, tornando possível um elo de confiança entre o enfermeiro e cliente, visando coletar dados indispensáveis para o seu tratamento e identificar sinais e sintomas da enfermidade³.

É importante salientar que a anamnese, hoje chamada de entrevista de enfermagem e o exame físico, caracterizam a fase inicial do Processo de Enfermagem

(PE), e as demais etapas que compõem este método científico devem ser rigorosamente contempladas. Implantar todas as etapas do PE é uma maneira de tornar a atuação da enfermagem mais científica, possibilitar prognósticos mais precisos e oferecer uma assistência de enfermagem de qualidade³.

A anamnese e o exame físico são peças complementares do PE, que consiste em uma metodologia sistematizada que o enfermeiro põe em prática durante a sua assistência humanizada com o cliente, auxiliando os demais profissionais a tomarem decisões e avaliarem os Diagnósticos de Enfermagem (DE), com a intenção de prevenir complicações e facilitar o tratamento do cliente. Nesta etapa, é feito o levantamento de dados do indivíduo, pois se for insuficiente ou incorreto, pode levar ao DE equivocado, resultando em um planejamento, implementação e avaliação totalmente inadequadas⁴.

O instrumento de coleta de dados, denominado de Histórico de Enfermagem (HE), pode ser realizado no primeiro contato com o paciente, ou seja, na admissão, podendo ocorrer no domicílio, no ambulatório, no quarto ou na sala de uma clínica ou hospital¹.

Diante da importância do HE e da inexistência do PE em uma maternidade pública no município de Macapá, surgiu a questão norteadora do estudo: Quais os modelos conceituais utilizados na construção do HE para a avaliação da saúde da mulher, disponíveis na literatura, que contemplam os focos de avaliação de Enfermagem?

A pesquisa tem como meta identificar publicações científicas que norteiam a elaboração de uma proposta de um HE direcionado à saúde da mulher, com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB) de Wanda Horta, como fase inicial do PE.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura com abordagem

quantitativa, utilizada para subsidiar a elaboração de uma proposta de um HE para pacientes em tratamento ginecológico e obstétrico de uma maternidade pública estadual no município de Macapá-AP.

O estudo percorreu duas principais etapas metodológicas; a primeira foi a revisão integrativa, que seguiu seis procedimentos de busca dos artigos, que são:

- a) Seleção dos descritores: a busca e seleção dos dados foram realizadas por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS);
- b) Seleção das bases de dados: LILACS, MEDLINE e BDNF, utilizou-se o operador booleano AND entre os descritores, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME);
- c) Critérios de inclusão do estudo: artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol; com texto completo que retratassem a temática referente ao PE com foco no HE, que contemplassem o modelo conceitual de Horta, nas áreas de enfermagem obstétrica e enfermagem ginecológica, no período de 2004 a 2014;
- d) Critérios de exclusão do estudo: artigos que não enfatizaram a primeira fase do PE e os focos de avaliação ou atenção de enfermagem, artigos de revisão de

literatura e reflexões e artigos replicados;

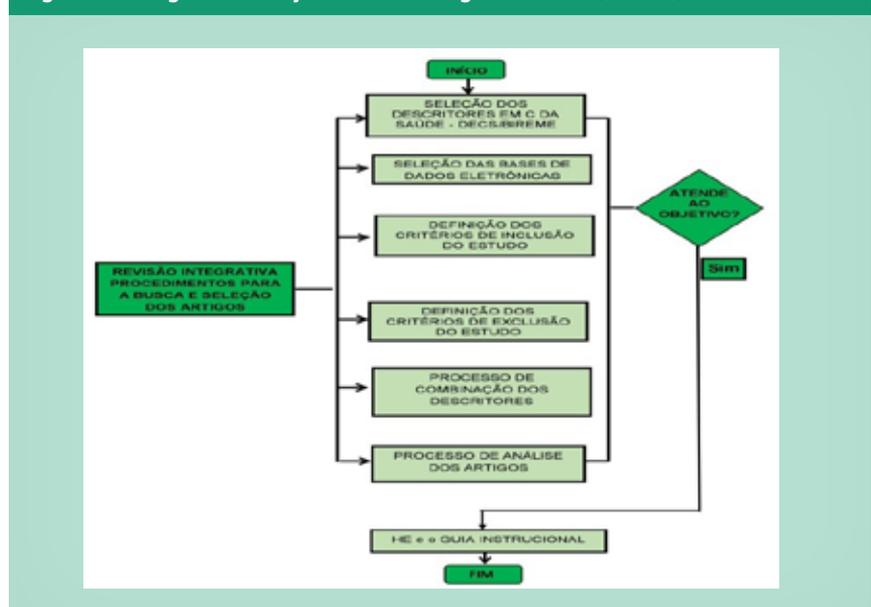
e) Processo de combinação dos descritores: Coleta de Dados AND Enfermagem Obstétrica; Enfermagem Obstétrica AND Anamnese; Coleta de Dados AND Ginecologia; Processos de Enfermagem AND Exame Físico; Processos de Enfermagem AND Teoria de Enfermagem e Saúde da Mulher AND Registros de Enfermagem;

f) Análise dos artigos na íntegra e motivos de exclusão: foram analisados e selecionados 7 artigos que representam a amostra do estudo. Para a aquisição dos dados e análise dos artigos foi utilizado um instrumento de URSI, validado unicamente para a pesquisa de revisão integrativa da literatura⁶.

A segunda etapa da pesquisa foi a elaboração de uma proposta de HE com o seu guia instrucional. O fluxograma da trajetória metodológica abaixo ilustra as etapas do estudo (Figura 1)..

A elaboração do objeto de estudo deu-se através de dados coletados a partir de três HE, encontrados na amostra, fundamentados pelos Padrões Funcionais de Saúde, Taxonomia II da NANDA e pela Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE) Versão 1.0, com

Figura 1. Fluxograma da trajetória metodológica. São Paulo, Brasil, 2019.



ênfase nos focos de avaliação ou atenção de enfermagem da TNHb, de Horta. Sendo assim, a proposta do HE em formato de checklist foi dividida em duas partes: a identificação e a entrevista de enfermagem e exame físico.

RESULTADOS

Foram encontradas 285 publicações, sendo 183 artigos, 87 teses, 12 monografias, 1 documento de projeto e 2 documentos não convencionais, com textos completos, incompletos, replicados e indexados nas bases de dados LILACS (263),

MEDLINE (19) e BDNF (3).

Após uma nova busca e seleção dos artigos na BVS/BIREME, chegou-se a um achado de 115 artigos (93,92%) com texto completo, porém não foram fiéis aos critérios de inclusão propostos pela pesquisa. Em seguida, foi realizada outra busca e seleção minuciosa para que, no mínimo, todos os artigos contemplassem a elaboração e/ou construção do histórico de enfermagem voltado à saúde da mulher.

Apesar dos esforços para a identificação das produções científicas, foi obtido um achado de 7 artigos (6,08%), que corresponde ao tamanho (n) da amostra desta

pesquisa (Gráfico 1).

Todas as publicações científicas referentes à amostra da pesquisa foram encontradas indexadas na base de dados LILACS (100%), no idioma português (100%).

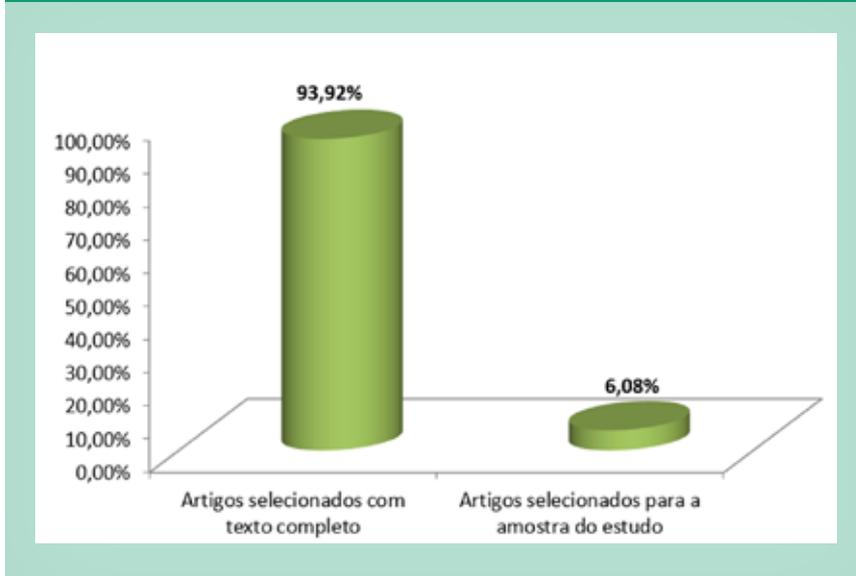
Quanto aos periódicos, observou-se uma variedade de revistas, tais como: dois artigos na Acta Paulista de Enfermagem (28,57%); um na Escola Ana Nery (14,28%); um na Ciência, Cuidado e Saúde (14,28%); um na Revista Eletrônica de Enfermagem-REE (14,28%); um na Revista Brasileira de Enfermagem-REBEn (14,28%) e um artigo na Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev. Rene (14,28%).

Quanto ao ano de publicação, observou-se que dois artigos foram publicados em 2005 (28,57%), três publicados em 2008 (42,85%) e dois publicados em 2012 (28,57%).

Com relação ao tipo de publicação, foram encontradas quatro produções científicas no formato de Artigo Original (57,14%), duas no de Pesquisa (28,57%) e uma no formato de Relato de Experiência (14,28%). A Caracterização dos artigos estão demonstrados no Quadro 1.

Após a caracterização da amostra do estudo, os artigos foram agrupados de acordo com os modelos conceituais que utilizaram e divididos em três categorias: na Categoria A, foram agrupados 4 artigos (57,1%), que fazem abordagem sobre a TNHb e/ou a CIPE nas Versões 1.0 e Beta 2. Na Categoria B, foram agrupados 2 artigos (28,57%) fundamentados na Taxonomia II da NANDA, com base nos Padrões

Gráfico 1. Distribuição da busca e seleção das produções científicas na BVS/BIREME—E. São Paulo, 2019.



Fonte: o autor, 2019.

Quadro 1 - CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES

N.º	Periódico	Título	Método	Ano	Tipo de Publicação
01	Acta Paul Enferm. (Online)	Construção de um instrumento de coleta de dados de enfermagem em ginecologia	Estudo survey, descritivo, exploratório	2005	Artigo Original
02	Acta Paul Enferm. (Online)	Elaboração de um instrumento de coleta de dados para identificação dos diagnósticos de enfermagem em parturiente	Estudo descritivo	2005	Artigo Original
03	Rev Rene (Online)	Construção de instrumento para a consulta de enfermagem em ginecologia com prostitutas	Estudo descritivo	2008	Artigo Original
04	Rev Eletr Enferm. (REE)	Avaliação dos registros das consultas de enfermagem em ginecologia	Estudo retrospectivo, documental, quantitativo	2008	Artigo Original

05	Ciênc Cuid Saúde.	Sistematização da assistência em enfermagem a um binômio mãe-lactentes utilizando a TNHB e a CIPE© versão 1.0	Estudo de caso	2008	Relato de Experiência
06	Rev Bras Enferm. (REBEn)	Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico	Revisão de literatura	2012	Pesquisa
07	Esc Anna Nery	Roteiro de coleta de dados de enfermagem em alojamento conjunto: contribuições da articulação ensino-serviço	Pesquisa convergente-assis-tencial	2012	Pesquisa

Fonte: o autor, 2019.

de Saúde Multiaxial e no Modelo de Atividade de Vida. Na Categoria C, foi incluído 1 artigo (14,28%) que utilizou o Modelo Bifocal da Prática Clínica, segundo os Padrões Funcionais de Saúde.

As informações obtidas foram desmembradas e, de acordo com os modelos conceituais, estabeleceram-se: Teoria das Necessidades Humanas Básicas-TNHB, CIPE Versões 1.0 e Beta 2, Taxonomia II da NANDA, Atividade de Vida e Padrões Funcionais de Saúde (Tabela 1).

DISCUSSÃO

A enfermagem tem contribuído para pesquisa científica ao longo da história, porém a literatura é escassa no que concerne à saúde da mulher voltada para a primeira fase, o Histórico de Enfermagem do PE, norteado pela TNHB de Horta, visando a demanda de cuidados relacionados aos desequilíbrios do sistema reprodutor feminino e do ciclo vital da reprodução humana em instituições hospitalares.

Com base na análise dos artigos sele-

cionados do centro obstétrico de um hospital público em Recife, baseado na CIPE Versão 1.0 e recomendam que a visão holística do enfermeiro obstetra associado ao PE favoreça uma assistência individualizada.

Souza e colaboradores⁸, em estudo convergente-assistencial, propõem aperfeiçoar instrumentos de exame físico como primeira fase do PE, embasados na TNHB direcionados à parturiente e ao RN, em alojamento conjunto de uma maternidade de ensino superior, em Belo Horizonte. Evidenciam a importância dessa pesquisa como um método apropriado para introduzir inovações na prática assistencial e a interação entre pesquisadores e enfermeiros.

Albuquerque, Nóbrega e Fontes⁹ propuseram um estudo de caso, fundamentado na TNHB e na CIPE Versão 1.0, com objetivo de sistematizar a assistência de enfermagem a uma mãe puérpera e suas filhas gêmeas internadas num hospital universitário da Paraíba. Relatam que a aplicação das fases do PE permitiu estabelecer os diagnósticos, resultados e as intervenções de enfermagem, proporcionando melhora na qualidade da assistência.

Para Carvalho e colaboradores¹⁰, a consulta de enfermagem ginecológica exige entrevista de enfermagem e exame físico completo. Foi um estudo retrospectivo, documental com abordagem quantitativa, com a finalidade de avaliar os registros das consultas de enfermagem ginecológicas realizadas por acadêmicos de enfermagem no Centro de Parto Natural da Universidade Federal do Ceará. O instrumento utilizado foi um checklist, elaborado conforme requisitos que o Ministério da Saúde preconiza para a consulta em ginecologia, com base na CIPE, Versão Beta 2.

Tabela 1. Distribuição dos artigos selecionados, de acordo com os modelos teóricos/conceituais para a elaboração do instrumento. São Paulo, 2019

Modelos teóricos ou conceituais	Nº de artigos	%
TNHB	2	22,22
CIPE	3	33,33
Taxonomia II – NANDA	2	22,22
Atividade de Vida	1	11,11
Padrões Funcionais de Saúde	1	11,11
TOTAL	9	100,0

Os critérios para a apresentação do HE e do guia instrucional, são:

a) Identificação: inclui o nome da paciente, responsável legal, grau de parentesco, endereço, tempo de residência, data de nascimento, idade, etnia etc.

b) Entrevista de enfermagem e exame físico: faz abordagem às percepções e expectativas a respeito da paciente e às necessidades humanas básicas (NHB): as dimensões psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. O exame físico está incorporado em cada classe dos referidos domínios do instrumento.

cionados, observou-se que a maior parte dos autores utiliza os modelos conceituais: TNHB, NANDA, CIPE, Padrões Funcionais de Saúde e Atividade de Vida concomitantemente, com a finalidade de fortalecer e estabelecer melhor qualidade nos cuidados prestados às pacientes, buscando aperfeiçoar, descrever e construir instrumentos de coleta de dados para tornar a assistência humanizada, com o propósito da implantação ou implementação do PE/SAE, nas unidades hospitalares.

Santos e Ramos⁷, em um estudo descritivo-exploratório, propuseram um protocolo visando o desenvolvimento da SAE às partu-

A pesquisa de Nicolau e colaboradores¹¹ mostra um estudo descritivo sobre a construção de um HE elaborado a partir dos diagnósticos de enfermagem da Taxonomia II da NANDA e norteado pelo Modelo de Atividade de Vida de Roper-Logan-Tierney. Descrevem a construção e aplicação de um HE para a SAE em um serviço de consulta de enfermagem em ginecologia para prostitutas, identificando suas peculiares necessidades.

Sumita, Abrão e Marin¹² realizaram um estudo descritivo sobre a construção de um HE para parturiente com base na Taxonomia II da NANDA-Padrões de Saúde Multiaxial. O instrumento mostrou-se adequado para a coleta de dados em clínica cirúrgica de ginecologia, uma vez que permitiu a identificação de 17 DE, favorecendo a SAE e gerando ações individualizadas.

Já para Soares, Pinelli e Abrão¹³, em um levantamento descritivo-exploratório, com o objetivo de construir um HE para implantação da SAE numa clínica de cirurgias ginecológicas, fundamentado no Modelo Bifocal da Prática Clínica de Carpenito, segundo os Padrões Funcionais de Saúde. Buscaram uma forma de organizar e registrar um número maior de informa-

ções sobre as condições gerais e especiais de saúde das pacientes. O instrumento mostrou-se adequado para a coleta de dados em clínica cirúrgica de ginecologia, pois possibilitou a identificação de 48 DE.

Baseado na análise da amostra do estudo, constatou-se que os autores têm a preocupação de tornar o cuidado de enfermagem mais holístico e acolhedor, por meio de instrumentos que subsidiarão as demais etapas do processo como diagnóstico, resultados e intervenções, fundamentados em teorias de enfermagem, escolhidas conforme a realidade assistencial de cada instituição hospitalar. Porém, se o instrumento não obedecer a um raciocínio clínico lógico da coleta de dados, o planejamento assistencial torna-se inoperante.

Todos os estudos selecionados e analisados chegaram ao mesmo resultado, ou seja, que a construção do instrumento foi eficiente e eficaz para a implantação e/ou implementação do PE/SAE. As possíveis lacunas encontradas na amostra foram a inexistência da estrutura formal do HE em seus conteúdos e o não estabelecimento dos critérios de exclusão da população envolvida na pesquisa.

Espera-se que os focos de avaliação

contidos no HE deste estudo proporcionem maior clareza para a obtenção de informações importantes das pacientes, podendo facilitar a identificação dos DE para subsidiar ações voltadas ao planejamento da assistência, a fim de descrever os resultados e intervenções de enfermagem específicas e individualizadas, segundo as NHB detectadas. O instrumento proposto deve passar, em outro momento, por testes, refinamento e validação, antes de ser implantado na prática assistencial pelo enfermeiro na maternidade.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu alcançar o objetivo proposto, o de elaborar uma proposta de instrumento de coleta de dados de enfermagem, com base na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, a partir da revisão integrativa da literatura para pacientes em tratamento ginecológico e obstétrico de uma maternidade pública estadual, com a finalidade não só de prestar uma assistência sistematizada, mas também de dar subsídio ao raciocínio ou julgamento clínico do enfermeiro durante a sua prática diária. 🐦

Referências

- Horta WA. Processo de enfermagem: enfermagem essencial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
- Maslow AH. Introdução à psicologia do ser. 2. ed. Rio de Janeiro: Eldorado; 1978.
- Santos N, Veiga P, Andrade R. Importância da anamnese e do exercício físico para o cuidado ao enfermeiro. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011 [citado 2018 ago. 23];64(2):355-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a21v64n2.pdf>
- Freitas EP, Nass F, Sponchiado F. O processo de enfermagem como perspectiva na melhoria da qualidade da assistência. *Rev Enferm* [Internet]. 2007 [citado 2019 jan 23];2(2-3):45-52. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/1018/1492>
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 2009 out. 23 [citado 2018 dez 19]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
- Ursi ES, Galvão CM. Perioperative prevention of skin injury: an integrative literature review. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2006 Jan/Feb [citado 2018 nov 14];14(1):124-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>
- Santos RB, Ramos KS. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2018 ago 13];65(1):13-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/02.pdf>
- Souza KV, Assis LTM, Chianca TCM, Ribeiro CL, Gomes AC, Lima RJ. Roteiro de coleta de dados de enfermagem em alojamento conjunto: contribuições da articulação ensino-serviço. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012 [citado 2018 dez 11];16(2):234-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/04.pdf>
- Albuquerque CC, Nóbrega MML, Fontes WD. Sistematização da assistência de enfermagem a um binômio mãe-lactentes utilizando a teoria das necessidades humanas básicas e a CIPE© versão 1.0. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2008 [citado 2019 mar 15];7(3):392-8. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6518/3867>
- Carvalho ALS, Nobre RNS, Leitão NMA, Vasconcelos CTM, Pinheiro AKB. Avaliação dos registros das consultas de enfermagem em ginecologia. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2008 [citado 2018 dez 19];10(2):472-83. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/pdf/v10n2a18.pdf>
- Nicolau AIO, Aquino PS, Falcão Junior JSP, Pinheiro AKB. Construção de instrumento para a consulta de enfermagem em ginecologia com prostitutas. *Rev Rene* [Internet]. 2008 [citado 2018 dez 29];9(4):91-8. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5240/3866>
- Sumita SLN, Abrão ACFV, Marin HF. Elaboração de um instrumento de coleta de dados para identificação dos diagnósticos de enfermagem em parturiente. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2005 [citado 2018 dez 19];18(4):413-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a10v18n4.pdf>
- Soares LM, Pinelli FGS, Abrão ACFV. Construção de um instrumento de coleta de dados de enfermagem em ginecologia. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2005 [citado 2019 fev 10];18(2):156-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a07v18n2.pdf>

Desenvolvimento de prontuário eletrônico para pacientes com insuficiência cardíaca (PEP_IC): estudo metodológico

RESUMO | Objetivou-se desenvolver um prontuário eletrônico para consulta de enfermagem de pacientes com insuficiência cardíaca crônica. Estudo metodológico pautado no modelo de prototipação, realizado em seis fases: coleta de requisitos, projeto rápido, construção, avaliações pelos pesquisadores, incluindo uma avaliação técnica sobre ergonomia, funcionalidade, usabilidade e eficiência, para o refinamento do protótipo e construção do produto. Foram coletados os requisitos essenciais para o desenvolvimento do prontuário eletrônico do paciente com insuficiência cardíaca com o profissional da área de programação de sistemas e os pesquisadores após a verificação da viabilidade de um projeto rápido. A primeira versão do protótipo continha nove telas, que foram refinadas em cinco, além da organização do menu, tornando-o mais intuitivo e remetendo às etapas da consulta de enfermagem e sistemas de linguagens padronizadas. Quanto à ergonomia, funcionalidade, usabilidade e eficiência em uma avaliação global, foi considerado adequado, no entanto, os itens da ergonomia e usabilidade necessitaram de ajustes. Conclui-se que este prontuário eletrônico subsidiará documentação e informação do registro sistematizado de enfermeiros em clínicas especializadas de insuficiência cardíaca, no entanto, ainda torna-se necessário a validação clínica do mesmo para utilização.

Palavras-chaves: Insuficiência Cardíaca; Terminologia de Enfermagem Padronizada; Registros Eletrônicos de Saúde.

ABSTRACT | The aim was to develop an electronic medical record for nursing consultation of patients with chronic heart failure. Methodological study based on the prototyping model, carried out in six phases: requirements gathering, rapid design, construction, evaluations by researchers, including a technical evaluation on ergonomics, functionality, usability and efficiency, for prototype refinement and product construction. The essential requirements for the development of the electronic medical record of the heart failure patient were collected with the system programming professional and the researchers after verifying the feasibility of a rapid project. The first version of the prototype contained nine screens, which were refined into five, in addition to the menu organization, making it more intuitive and referring to nursing consultation steps and standardized language systems. Regarding ergonomics, functionality, usability and efficiency in a global assessment, it was considered adequate, however, the ergonomics and usability items required adjustments. It is concluded that this electronic medical record will support documentation and information from the systematic registry of nurses in specialized heart failure clinics, however, its clinical validation is still necessary for use.

Keywords: Heart Failure; Standardized Nursing Terminology; Electronic Health Records.

RESUMEN | Objetivo: identificar y analizar la percepción de los hombres sobre la calidad de vida relacionada con la salud antes de la cirugía del cáncer. Método: estudio descriptivo, exploratorio y cualitativo realizado con 30 hombres adultos sometidos a tratamiento quirúrgico en una institución pública federal de la ciudad de Río de Janeiro, Brasil. Aprobación CEP-INCA-CAAE No. 52647116430015274. La técnica de recopilación de datos tuvo lugar de mayo a julio de 2016, a través de entrevistas semiestructuradas grabadas en MP3 y respaldadas por un guión con preguntas pertinentes relacionadas con la calidad de vida y la salud de los hombres antes de la cirugía. La técnica de análisis de contenido de Bardin se utilizó para la investigación y organización de datos por categorías temáticas. Resultados: surgió una categoría temática central llamada "percepción de la calidad de vida relacionada con la salud antes de la cirugía", que se caracterizó por dos ejes: actitudes consideradas positivas; y actitudes que llevaron al hombre a la enfermedad por cáncer. Conclusión: La evaluación de la calidad de vida antes de la cirugía se hace necesaria y debe incluirse en el Plan de atención de enfermería para hombres.

Descriptores: Insuficiencia Cardíaca; Terminología de Enfermería Estandarizada; Registros Electrónicos de Salud.

Geandra Quirino Da Silva

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial (MPEA) da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense – UFF.

Paula Vanessa Peclat Flores

Enfermeira. Doutora em Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal Fluminense - UFF Niterói-RJ. Professora Adjunta II do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense - UFF Niterói-RJ. Docente Permanente do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial (MPEA) da Universidade Federal Fluminense - UFF Niterói-RJ.

Mariana Santos Cunha

Graduada de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal Fluminense - UFF Niterói; Bolsista de Iniciação Científica do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq).

Alyne Santos Borges

Enfermeira. Pós-Graduada em Enfermagem em Alta Complexidade da Universidade Estácio de Sá - UNESA / RJ.

Ana Carla Dantas Cavalcanti

Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS. Professora permanente do Programa de Pós-graduação em Ciências do cuidado e Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da Universidade Federal Fluminense - UFF Niterói - RJ; Professora Associada III da Universidade Federal Fluminense - UFF Niterói – RJ.

Recebido em: 30/05/2019

Aprovado em: 31/05/2019

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica crônica de caráter multissistêmico e multifatorial, que ocasiona um inadequado aporte sanguíneo para atender às necessidades metabólicas teciduais, tornando-se, assim, a via final das doenças cardiovasculares⁽¹⁾. Nos EUA, aproximadamente 5,1 milhões de indivíduos apresentam as manifestações clínicas de insuficiência cardíaca e a tendência é continuar aumentando, portanto, estima-se que até 2050 um em cada cinco norte-americanos maior que 65 anos apresentará as manifestações clínicas⁽²⁾. No Brasil, segundo dados obtidos no DATASUS, entre o período de março de 2018 a março de 2019, a IC continua sendo a primeira causa de internação hospitalar das doenças do aparelho circulatório, totalizando 214.164 mil casos⁽³⁾.

O tratamento para IC pode ser dividido em farmacológico e não-farmacológico, tendo como intuito melhorar a condição clínica do paciente, gerar um aumento na tolerância de atividades físicas, reduzir o número de internações por descompensações, favorecer as condições para o autocuidado e aumentar a sobrevida com qualidade de vida do paciente⁽⁴⁾.

Uma das maneiras de manejar a doença é o acompanhamento multiprofissional desse paciente em clínicas especializadas⁽¹⁾. Nas clínicas de IC, o enfermeiro desenvolve papel central e fundamental através da consulta de enfermagem (CE), que é considerada ação privativa por utilizar o Processo de Enfermagem (PE), um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional e a documentação da sua prática^(5,6). Este propicia assistência de qualidade, organização, continuidade e integralização por incitar o pensamento crítico para determinar julgamentos clínicos que subsidiam o alcance dos resultados^(7,8), favorecendo o tratamento farmacológico e não-farmacológico. Desta forma, a CE em clínicas especializadas em IC é alta-

mente recomendada (Classe I com nível de evidência A) por reduzir os riscos de morbimortalidade, aumentar a adesão ao tratamento e o autocuidado, além de melhorar a qualidade de vida⁽¹⁾.

A CE ao paciente com IC exige pensamento crítico para o alcance de resultados através de tomadas de decisões assertivas e sistematizadas sobre a complexidade desta síndrome. Para tal, é indicado utilizar Sistemas de Linguagens Padronizadas (SLP), que são instrumentos utilizados por uma disciplina ou profissão para organizar e padronizar uma terminologia única, aplicável de forma lógica, formal e compartilhada⁽⁷⁻⁹⁾.

Na Enfermagem, os SLP mais conhecidos e utilizados são: o NANDA International - NANDA I⁽¹⁰⁾ utilizado para classificação dos DEs; a Classificação dos Resultados de Enfermagem - NOC⁽¹¹⁾ utilizada para Resultados Esperados; Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC⁽¹²⁾. Estes apresentam ligações que são definidas como uma relação ou associação entre um diagnóstico e uma intervenção de enfermagem que, de forma conjunta, obtém um resultado e/ou soluciona um problema, facilitando o raciocínio diagnóstico e a tomada de decisão⁽¹³⁾.

Contudo, na prática assistencial ao paciente com IC, o enfermeiro, além de ter que cumprir as exigências éticas/legais que demandam uma CE pautada no PE com SLP, também tem que gerenciar o grande volume de informações que precisa ser detalhadamente organizado e registrado no prontuário do paciente, não perdendo de vista a relação de confiabilidade que precisa construir com o paciente e sua família. Portanto, o registro manual no prontuário pode tornar a documentação incompleta e comprometer a avaliação dos resultados esperados e a comunicação efetiva da equipe multiprofissional, principalmente em clínicas especializadas em IC⁽⁸⁾.

Desta maneira, o registro eletrônico da consulta de enfermagem do paciente com IC surge como uma possibilidade de suporte clínico-assistencial necessária à

prática destes profissionais, subsidiando a organização de DEs, IEs e RE para rápida recuperação, padronização de termos e linguagens e documentação, assegurando o acesso, otimizando tempo e diminuindo informações controversas.

Com isso, este estudo teve como objetivo desenvolver um prontuário eletrônico para consulta de enfermagem de pacientes com insuficiência cardíaca crônica (PEP_IC).

METODOLOGIA

Estudo metodológico que abrange o desenvolvimento de um prontuário eletrônico do paciente (PEP) para o registro da Consulta de Enfermagem em pacientes com insuficiência cardíaca crônica (PEP_IC), pautado em um instrumento previamente construído e utilizado na Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente – UFF/Niterói – RJ, através do Modelo de Prototipação de Pressman⁽¹⁴⁾. O estudo foi desenvolvido em seis fases:

Fase 1 - Coleta e refinamento de requisitos: Iniciou-se com a realização do planejamento estratégico pela equipe de pesquisa. Para a execução do plano estratégico, destacou-se o desenvolvimento da Matriz SWOT ou Matriz FOFA⁽¹⁵⁾. Após organização dos requisitos, foi feito o primeiro contato com o profissional da área de programação de sistemas da Tecnologia da Informação (TI), quando foi apresentada a proposta do desenvolvimento de um PEP e entregue para ele o conteúdo que deveria ser usado para esse fim. O conteúdo do protótipo é composto por um Histórico de Enfermagem, 24 Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, 23 Resultados de Enfermagem de acordo com a Taxonomia de NOC e 43 Intervenções de Enfermagem com 97 atividades da NIC, sendo chamado de Instrumento NNN.

Fase 2 - Projeto rápido: Construção do projeto rápido, que originou um esboço escrito feito pelo programador com a apresentação de algumas telas visíveis ao usuário, em apreciação e acordo da pesquisadora. Além disso, foi feita a criação

do diagrama de classes e modelagem do banco de dados de acordo com a ferramenta que mais se aplica aos requisitos; foram definidas as linguagens adotadas – Visual Studio 2017 (para plataforma Windows, possibilitando a aplicação do ASP.N. Net) para o desenvolvimento das telas de entrada de dados, e; foram definidas as regras de interatividade entre as plataformas/telas e o banco de dados.

Fase 3 - Construção do protótipo: Implementação do projeto rápido, ou seja, a construção do protótipo, que também foi realizada pelo programador do sistema, utilizando as seguintes ferramentas: Microsoft Visual Studio 2017, SQL Server, para edição de textos e mensagens foi utilizado o programa Notepad ++ e para edição de imagens foi utilizado o programa PhotoScape.

Fase 4 - Avaliação do protótipo: Nesta fase, foi realizada a hospedagem do PEP_IC pelo programador, de maneira provisória e gratuita, porém segura, respeitando todos os requisitos de seguridade exigidos pela Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018⁽¹⁶⁾, do prontuário eletrônico para registro de enfermagem (PEP_IC) no servidor Master Of Link (MOL). Para o teste do protótipo, primeiramente avaliou-se cada tela com seus respectivos comandos e, ao final, foi elaborado um relatório descritivo e entregue ao programador. O principal foco desta avaliação foi reduzir ao máximo inconformidades nas apresentações das telas, buscando torná-las autoexplicativas, além de estabelecer a sequência lógica do PE e das ligações NNN.

Na segunda avaliação, foi realizada a revisão das adequações sugeridas na avaliação anterior. Também foram avaliadas possíveis falhas de funcionamento nos comandos propostos pelo sistema. A terceira avaliação teve como foco os aspectos técnicos do protótipo PEP_IC, através dos critérios propostos por Clunie⁽¹⁷⁾ que vem sendo utilizado por Lopes em alguns estudos de avaliação e validação de software⁽¹⁷⁻²⁰⁾.

O instrumento que se propõe à avaliação técnica que prevê a avaliação da ergonomia, funcionalidade, usabilidade e efi-

ciência. Cada item foi avaliado através de uma escala do tipo Likert de 5 pontos, sendo (1) “totalmente inadequado”; (2) “consideravelmente inadequado”; (3) “de algum modo adequado”; (4) “consideravelmente adequado”; e (5) “totalmente adequado”.

A última avaliação foi realizada pelo grupo de pesquisa deste estudo, caracterizando uma avaliação de consenso de especialistas em IC, composto por 01 (uma) Doutora em IC, 01 (uma) Doutora em Ciências Cardiovasculares, 01 (uma) Mestranda e Especialista em Cardiologia e 01 (uma) Acadêmica de Enfermagem bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq); todas com mais de dois anos de experiência de atuação em Clínica Especializada/IC.

Foi realizada a avaliação dos itens que envolvem ergonomia, funcionalidade, usabilidade e eficiência, e ainda realizaram as sugestões de modificações dos itens que não obtiveram pontuação máxima (5 pontos). Gerando um terceiro relatório descritivo qualitativo, encaminhado ao programador para refinamento e desenvolvimento da versão final.

Fase 5 - Refinamento do protótipo: Nessa fase, foi encaminhado ao progra-

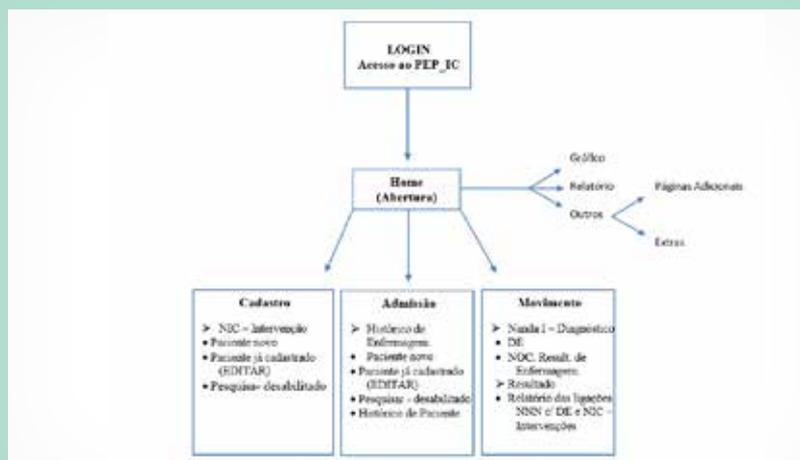
mador todos os apontamentos da pesquisadora em forma de relatório, como descrito na fase anterior, para o refinamento dos requisitos do protótipo.

Fase 6 – Construção do Produto: Após serem redefinidos os novos requisitos, o protótipo foi descartado e a versão de produção, ou versão final, foi construída considerando os critérios de qualidade gerados pelo cumprimento das alterações necessárias e encaminhado os códigos Fonte e Rash para Agência de Inovação da Universidade Federal de Enfermagem (AGIR) e formalização do registro de patente.

RESULTADOS

O desenvolvimento do prontuário eletrônico para consulta de enfermagem em pacientes com IC (PEP_IC) trouxe como resultados preliminares a apresentação de um protótipo composto inicialmente por 09 (nove) telas, sendo que apenas 04 (quatro) delas estavam disponíveis para acesso na primeira avaliação ou avaliação da primeira versão do protótipo. Foram elas: Login de acesso ao sistema; Home ou tela de abertura; Cadastro; Admissão; Movimento; Gráfico; Relatório; Outros – Páginas adicionais e Extras. As 4 (quatro) últimas telas que não estavam disponíveis. Apresentadas no fluxograma I.

Fluxograma 1. Telas para Apresentação da Primeira Versão do Protótipo PEP_IC. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.



Na segunda avaliação, foi realizado um teste minucioso de todos os comandos do PEP_IC, simulando uma CE de um paciente fictício e verificou-se que, de uma forma geral, o programador se deteve na organização da barra de ferramentas ou Menu Geral, de forma que elas mostrem uma seqüência sistemática da CE e tornasse o Menu Geral mais sugestivo ao enfermeiro que realizar a CE.

Sendo assim, foi elaborado o Fluxograma 2, para uma maior compreensão da organização das telas da segunda versão do protótipo PEP_IC, visto que sua segunda versão apresenta um total de 5 telas, que são: Login do Sistema, Home, Admissão, NANDA/NOC e NIC.

vos dados lançados no sistema; além de incluir mensagens de erros.

Na avaliação da funcionalidade, buscou-se identificar as funções previstas pelo software e que estão dirigidas a facilitar a realização da CE. Constatando que a segurança dos dados precisa ser avaliada, visto que é possível apagar os itens do HE ainda durante o lançamento dos mesmos, o que já foi descrito na avaliação da ergonomia. Verificou-se a necessidade de adequação porque o protótipo não é capaz de gerar relatório do HE; não faz ligação de NIC com NANDA e NOC, ou seja, não estabelece ligações NNN; e também porque é possível apagar os itens do HE ainda durante o lançamento dos

A efetividade refere-se ao relacionamento entre o nível de desempenho do software e a quantidade de recursos usados sob condições estabelecidas. É a etapa que permite a avaliação da aplicabilidade da SAE e do Sistema NNN pelo software. Na avaliação, verificou-se que é possível estabelecer ligações entre os DE e os RE pelo fato dos dois estarem juntos na mesma tela, favorecendo esta etapa, porém determinadas informações contidas nas telas da aba Intervenção de Enfermagem (NIC) não possibilitam a ligação dos DE com as intervenções e também às atividades relacionadas à mesmas, e quando se seleciona uma intervenção na tela principal de NIC através do comando “Editar”, são apresentadas todas as atividades propostas para a intervenção selecionada, não sendo possível a seleção da atividade que mais se aplica às necessidades do paciente.

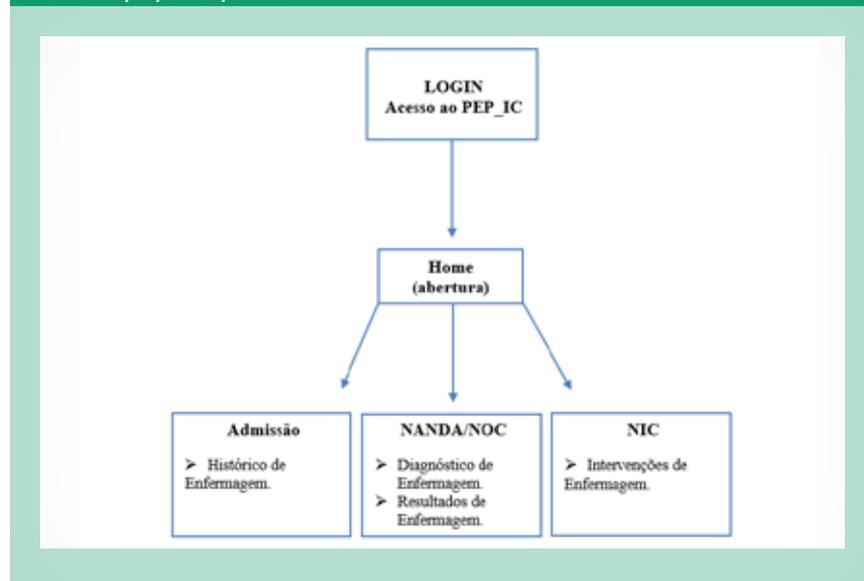
O protótipo não foi considerado “totalmente adequado” de acordo com as avaliações de ergonomia, funcionalidade, usabilidade, porém foi considerado “adequado”. Os itens da ergonomia e usabilidade são os que mais necessitam de ajustes.

DISCUSSÃO

Este estudo desenvolveu o Prontuário Eletrônico para Consulta de Enfermagem em Pacientes com Insuficiência Cardíaca (PEP_IC) através das ferramentas e linguagens de programação Microsoft Visual Studio 2017 com aplicação web em ASP. Net, gerenciador de banco de dados SQL Server, Notepad ++ e PhotoScape, aplicadas de acordo com o modelo de prototipação de Pressman^(14,21).

A proposta do desenvolvimento do PEP_IC foi de apresentar nas telas do sistema computacional o PE em todas as suas fases, estabelecendo o SLP através do Sistema NNN, com as etapas de DE, RE e IE direcionadas para o público-alvo, ou seja, para o paciente com IC. Vários estudos^(5,22-24) apontam que a implementação do PE é de extrema impor-

Fluxograma 2. Telas para Apresentação da Segunda Versão do Protótipo PEP_IC. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.



Na terceira avaliação, o quesito ergonomia foi avaliado na aplicação de conhecimentos científicos para facilitar o desempenho global ou as condições que afetam diretamente a interação com o software. Verificou-se a necessidade de adequar a tela de abertura; a fonte do menu geral quanto a tamanho e negrito; inclusão de alguns comandos como “próximo”, “anterior” nas telas do Histórico de Enfermagem e “salvar” em todas as telas, para manter a seguridade dos no-

mesmos.

Quanto à avaliação de usabilidade, que verifica a facilidade de aprendizagem, a quantidade de erros e a satisfação dos usuários, foi possível constatar a necessidade de adequação pois o consenso sugeriu que seria necessário um tutorial para manuseio do PEP, visto que o mesmo não é auto explicativo e que seriam importantes ícones de alerta ou de esclarecimento sobre a sistematização e preenchimento das etapas.

tância para a segurança e autonomia da prática assistencial do enfermeiro, além de ser uma exigência legal inerente ao exercício profissional, no entanto, quando é feita em todas as suas etapas pode se tornar complexa, porém a dinamização deste processo tem maiores chances de ser alcançada com a informatização.

A informatização do sistema de saúde traz muitas vantagens ao processo assistivo do paciente, principalmente porque o mesmo precisa ser cuidado por uma equipe multiprofissional, como os pacientes com IC⁽²⁵⁾. Por isso, nos últimos tempos tem havido especial interesse e investimento no desenvolvimento de tecnologias de informação e comunicação em saúde em várias áreas e partes do mundo, e também na enfermagem⁽²⁰⁾.

No Brasil, o PEP vem sendo utilizado com crescente frequência, respaldado por diversas legislações inclusive através de recomendações e regulamentações para uso de órgãos de classe como o Conselho Federal de Medicina e de Enfermagem⁽²⁶⁻²⁸⁾. A enfermagem gera um número expressivo de informações no processo de assistência ao paciente, associado a necessidade de cumprimento de exigências éticas e legais^(5,6) que estabelecem a obrigatoriedade da execução do PE e implementação da SAE em todos os serviços de saúde, evidenciando-se a importância do desenvolvimento de registros eletrônicos de enfermagem, podendo ser através do desenvolvimento de PEPs.

Cada vez mais verificam-se evidências sobre a importância dos PEP nos cuidados clínicos e melhoria da qualidade da assistência a nível ambulatorial e hospitalar, contribuindo, principalmente, com os cuidados e prevenção de morbidades, e também auxiliando na solicitação de exames de rastreamento. Além disso, a utilização de dados de PEPs para dar suporte a pesquisas clínicas é uma tendência mundial e iniciativas, como o projeto Electronic Health Records for Clinical Research, procuram desenvolver inventários de dados necessários para dar suporte a pesquisas por meio deles^(29,30). Já para a enfermagem, o

desenvolvimento de PEPs favorece a realização de uma assistência de enfermagem mais segura, sistematizada, estimulando o raciocínio clínico baseado nas necessidades específicas de cada paciente, consequentemente, proporcionando qualidade e autonomia.



A Insuficiência Cardíaca Crônica é uma condição clínica complexa e grave que demanda um manejo especializado e multidisciplinar, para assegurar a adesão ao tratamento, melhorar a qualidade de vida e, consequentemente, reduzir os índices de morbimortalidade. [...]



Nesse contexto, o desenvolvimento do prontuário eletrônico para consulta de enfermagem em pacientes com IC (PEP_IC) proporcionou o entendimento da importância e complexidade do cumprimento de toda metodologia proposta por diversos estudos que abordam o tema e também pelo método estabelecido nesse estudo, evidenciando a essencialidade da apropriação de todos os conceitos envolvidos em todo o processo de trabalho, de forma que o produto final seja entregue para “consumo” da forma a gerar eficiência, eficácia, acurácia e facilidade aos autores do cuidado.

Para desenvolver o protótipo do software, foi preciso unir os conhecimentos sobre a sistematização da assistência de enfermagem, os sistemas de classificação da prática de enfermagem e suas ligações ou SLPs, a lógica da programação ou engenharia de software no modelo escolhido e que melhor se adequava à proposta, o cenário e os sujeitos em que seria utilizada a tecnologia e ainda as metodologias utilizadas para avaliação do protótipo, de forma que ele efetivamente cumprisse a sua proposta⁽³¹⁾.

Para minimizar esse efeito, faz-se necessário submeter o protótipo à avaliação ou avaliações, etapa está contemplada como obrigatória do desenvolvimento de software. Vale ressaltar que existem diversas maneiras de avaliação de software, ou avaliação sob diversos aspectos, inclusive proposta tanto por estudiosos da temática “engenharia de software” quanto o próprio Ministério da Saúde que propõe a Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS) reforçando a necessidade desta etapa.

Este estudo requer continuidade para cumprimento da etapa de validação clínica do PEP_IC, configurando-se como limitação em virtude do tempo escasso para cumprimento das etapas para finalização do mestrado, e também porque novos ajustes sempre serão necessários para acompanhar as atualizações dos SLP.

CONCLUSÃO

A Insuficiência Cardíaca Crônica é uma condição clínica complexa e grave que demanda um manejo especializado e multidisciplinar, para assegurar a adesão ao tratamento, melhorar a qualidade de vida e, conseqüentemente, reduzir os índices de morbimortalidade. Dentre as práticas recomendadas pelas diretrizes para o manejo clínico desta síndrome

destaca-se a realização de acompanhamento desses pacientes em clínicas especializadas de IC, como eficaz medida de tratamento não-farmacológico.

Nesse cenário, a Consulta de Enfermagem Especializada passa ser um instrumento importante, principalmente quando realizada através da implementação do Processo de Enfermagem pautado em Sistema de Linguagem Padronizada regis-

trado eletronicamente. Considerando essas questões, foi desenvolvido e avaliado um prontuário eletrônico para consulta de enfermagem de pacientes com insuficiência cardíaca crônica (PEP_IC) que subsidiará documentação e informação do registro sistematizado de enfermeiros em clínicas especializadas, no entanto, ainda torna-se necessária a validação clínica do mesmo para sua utilização. 🐦

Referências

- Bocchi EA, Marcondes FGB, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues DDA, et al. Updating of the Brazilian guidelines for chronic heart failure - 2012. *Arq Bras Cardio* [Internet]. (1 Suppl 1): 1-33 [acesso em: 26 de abr 2018]. Disponível em: http://observatorio.fm.usp.br/bitstream/handle/OPI/11607/art_BOCCHI_Updating_of_the_Brazilian_guidelines_for_chronic_heart_2012.PDF?sequence=1&isAllowed=y
- Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH, et al American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013; (128):240-327.
- Datasus [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [acesso em 01 abr 2019] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>
- Pelegriño FVM, Nascimento SL, Kiyomi FR, André S, Aparecida RL, Spadoti DRA. Autocuidado, senso de coerência e depressão em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada. *Rev. esc. enferm. USP*. 2015 Junho; 49(3): 387-393.
- Brasil. Resolução n.º 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. [Internet]. Brasília (Brasil): Conselho Federal de Enfermagem, 2009. [acesso em: 2019 abr 20] Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
- Brasil. Resolução n.º 544, de 09 de maio de 2017. Revoga a Resolução COFEN n.º 159/1993. [Internet]. Brasília (Brasil): Conselho Federal de Enfermagem, 2017. [acesso em: 2019 abr 20] Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br>
- Gomes DC, Cubas MR, Pleis LE, Shmeil MAH, Domiciano APV. Termos utilizados por enfermeiros em registros de evolução do paciente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2016; 37(1).
- Rondina JM, Canêo PK, Campos MS. Conhecendo a experiência de implantação do prontuário eletrônico do paciente no hospital de base de São José do Rio Preto. *RAHIS*. 2016; 13(1).
- Riegel F, Junior NJO. Processo de enfermagem: implicações para a segurança do paciente em centro cirúrgico. *Cogitare Enferm*. 2017; 22(4): 01-05.
- Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2018-2020. Porto Alegre: Artmed; 2018.
- Moorhead, Sue et al. Classificação dos resultados esperados: mensuração dos resultados em saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
- Bulechek, GM et al. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
- Marçal JA. Processo de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE online*. 2017; 11(11): 4533-4534.
- Pressman R, Maxim B. Engenharia de Software. 8. ed. Brasil: McGraw Hill; 2016.
- Kummer DC, Silveira RLL. A importância da Matriz SWOT (FOFA) no contexto dos planos estratégicos de desenvolvimento do Rio Grande do Sul. *Revista Jovens Pesquisadores*. 2016; 6(1).
- Brasil. Lei n.º 13.709 de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei n.º 12.965 de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). Brasília: Presidência da República, 2018.
- Lopes MVO. Validação de Software educativo para auxílio ao ensino de sinais vitais. [Tese] Ceará – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (UFCF); 2001
- Lopes MVO, Silva VM, Araújo TL. Desenvolvimento lógico-matemático do software. *Rev. Latino Am. Enferm*. 2004; 12(1): 92-100.
- Lopes MVO, Sousa VEC. Desenvolvimento e Validação de Software para apoio ao ensino-aprendizagem sobre diagnóstico de enfermagem. [Tese] Ceará – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (UFCF); 2015.
- Nguyen L, Bellucci E, Nguyen LT. Electronic health records implementation: an evaluation of information system impact and contingency factors. *Int J Med Inform* 2014; 83(11):779-796.
- Pressman RS. Engenharia de Software. 6. ed. São Paulo: McGraw-Hill; 2006.
- Ribeiro ACG. Consulta de enfermagem em um ambulatório de insuficiência cardíaca: uma pesquisa convergente assistencial. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Paraná, 2016.
- Palomares, MLE, Isaac R M. Contribuições dos sistemas computacionais na implantação da sistematização da assistência de enfermagem. *Journal of Health Informatics* 2.3. *J. health inform*. 2010; 2(3):78-82.
- Pereira RB, Coelho MA, Bachion, MM. Tecnologias de informação e registro do processo de enfermagem: estudo de caso em UTI neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2016; 18:1-13.
- Almeida MJGG, Figueiredo BB, Torturella IM, Salgado HC. Discussão ética sobre o prontuário eletrônico do paciente. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2016 jun./set.; 40(3).
- Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen n.º 429 de 11 de junho de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília, 2012.
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 1.639 de 10 de julho de 2002. Aprova as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências [Internet]. Brasília, 2002 [acesso em: 2019 abr 20]. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/>
- Conselho Federal de Medicina. Cartilha sobre Prontuário Eletrônico: a certificação de sistemas de Registro Eletrônico de Saúde. Brasília (DF): CFM; 2012
- Ancker JS, Kern LM, Edwards A, et al; HITEC Investigators. Associations between healthcare quality and use of electronic health record functions in ambulatory care. *J Am Med Inform Assoc*. 2015; 22(4):864-871.
- Feitosa ACR, Ávila AN. Uso do prontuário eletrônico na assistência pré-natal às portadoras de diabetes na gestação. *RBGO*. 2016; 38(1): 9-19.
- Silva KL, Évora YDM, Cintra CSJ. Desenvolvimento de software para apoiar a tomada de decisão na seleção de diagnósticos e intervenções de enfermagem para crianças e adolescentes. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015; 23(5):927-935.