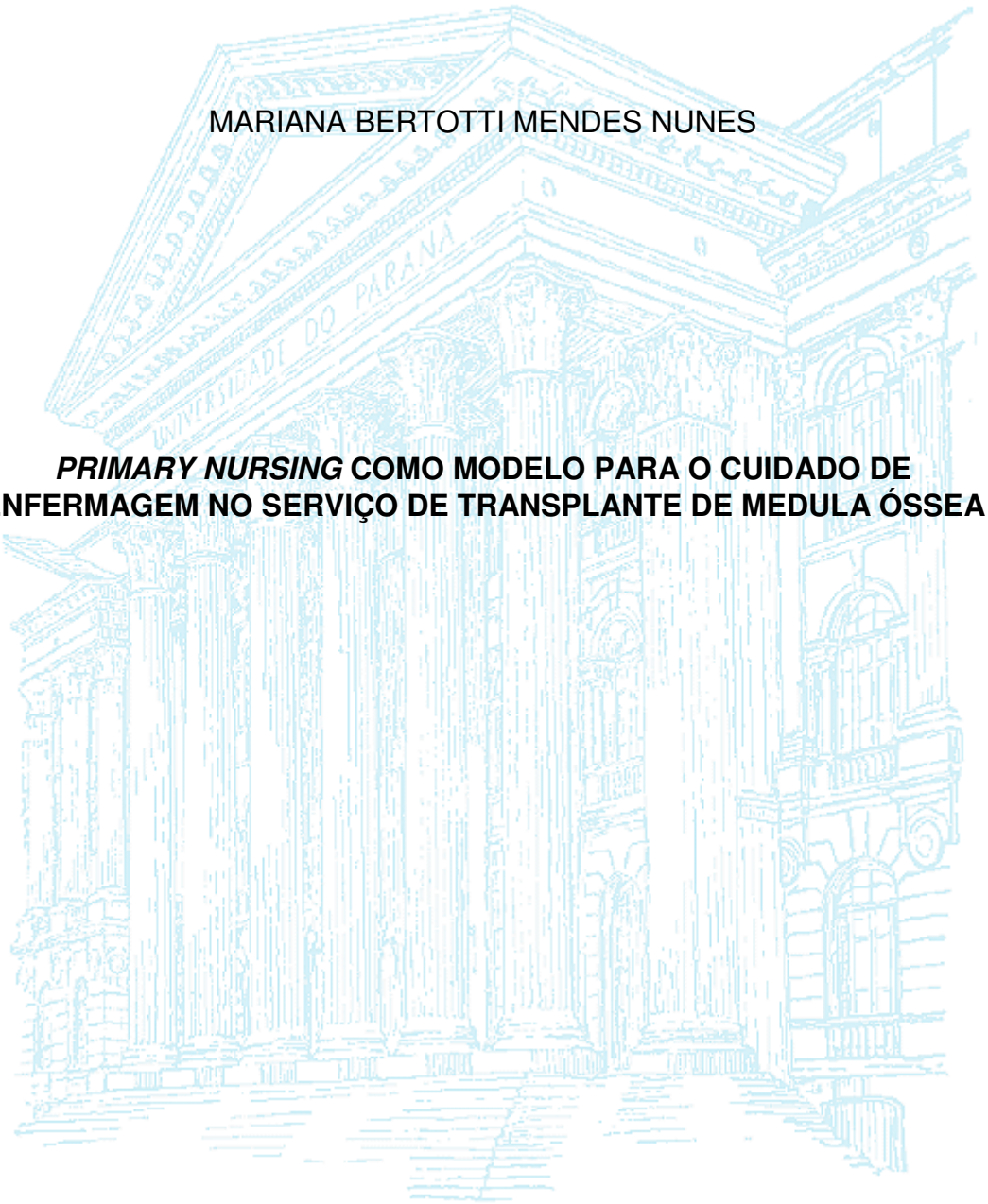
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARIANA BERTOTTI MENDES NUNES



PRIMARY NURSING COMO MODELO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

CURITIBA

2017

MARIANA BERTOTTI MENDES NUNES

PRIMARY NURSING COMO MODELO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Prática profissional de Enfermagem.
Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profª. Drª. Marilene Loewen Wall.

CURITIBA

2017

Nunes, Mariana Bertotti Mendes
Primary Nursing como modelo para o cuidado de enfermagem no Serviço de Transplante de Medula Óssea / Mariana Bertotti Mendes Nunes – Curitiba, 2017.
135 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Marilene Loewen Wall
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem primária. 2. Modelos de enfermagem. 3. Transplante de células-tronco hematopoéticas. I. Wall, Marilene Loewen. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 617.0231

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós Graduação em ENFERMAGEM
Código CAPES: 40001016073P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **MARIANA BERTOTTI MENDES NUNES**, intitulada: "**PRIMARY NURSING COMO MODELO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE TRNSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA**", após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO.

Curitiba, 28 de Julho de 2017.

MARILENE LOEWEN WALL
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

NEN NALÚ ALVES DAS MERCÊS
Avaliador Interno (UFPR)

FÁTIMA SILVANA FURTADO GEROLIN
Avaliador Externo (UNIFESP)

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos pacientes submetidos ao TCTH e aos profissionais de Enfermagem que atuam nessa área.

AGRADECIMENTOS

A ***Deus*** pela sua infinita bondade e misericórdia, por me inspirar esse tema, guiar o meu caminho e me fortalecer em todos os momentos. À ***Nossa Senhora*** por interceder por mim.

À minha família, pelo amor, torcida, incentivo e compreensão. Em especial à minha ***mãe Maria*** por ser quem me ajudou a escolher a minha profissão, sempre cuidou de mim, me deu forças, apoio e me ensinou a ter fé e a perseverar nas dificuldades. Aos meus ***irmãos Júnior*** e ***Juliana,*** meus parceiros de toda a vida, que eu amo e tenho imensa admiração pelas pessoas e profissionais que são. Aos meus sobrinhos lindos e amados: ***Lucas, Ellena*** e ***Benjamim***, que alegram a vida da "dinda" e me fazem sentir um amor que eu nem sei explicar.

Ao meu ***esposo Jaelson***, a quem admiro imensamente. Agradeço por me incentivar, cuidar de mim em todos os detalhes e me dar todo o suporte necessário (físico, emocional e tecnológico) para que eu conseguisse concluir cada etapa do Mestrado. Com você, essa caminhada foi mais leve, te amo.

Aos ***amigos*** do grupo de jovens pelo apoio e compreensão, em especial à ***Karyme***, verdadeiramente minha amiga de todas as horas. Aos ***amigos e colegas da turma do Mestrado***, foi uma delícia aprender, compartilhar e crescer a cada dia. Aos ***amigos enfermeiros*** que o STMO meu deu, com os quais eu já trabalhei ou trabalho atualmente, pelo apoio, carinho e incentivo nessa caminhada.

Ao ***STMO***, à ***Drª. Claudiane***, chefe da UTOH, à ***Enfª Teresinha Keiko Kojo***, supervisora de Enfermagem da UTOH, à ***Enfª Me. Débora Zatoni***, chefia imediata no início do estudo, pela autorização e incentivo. À ***Enfª Me. Sibéli Proença***, chefia imediata de Enfermagem, pelo apoio, amizade e companheirismo em cada etapa. À equipe multiprofissional, em especial ao serviço de ***Terapia Ocupacional*** pelo apoio e amizade e ao serviço ***Psicologia***, pelas discussões e empenho em realizar os encontros com a equipe de Enfermagem.

Aos ***profissionais de Enfermagem do STMO*** que participaram diretamente desse estudo, não seria possível sem a participação ativa de vocês e as contribuições dos que participaram indiretamente.

Ao ***Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional***, às professoras por todo o aprendizado. À ***Profª Dra. Letícia Pontes***, por me encorajar a iniciar essa caminhada.

À minha orientadora, ***Profª Drª Marilene L. Wall***, a quem eu admiro imensamente pelo conhecimento que possui, pela didática em ensinar e pela pessoa

que é. Por orientar a cada passo, método e escrita. Por dedicar-se a orientar cada linha da dissertação. Por cada mensagem de incentivo e encorajamento. Foi tão bom com a senhora, muito, muito obrigada.

Às professoras que fazem parte da banca de avaliação, suplentes e titulares, ***Profª Drª Mariluci Willig***, ***Drª Ana Paula Herrman***, ***Profª Drª Nen Nalú Alves das Mercês*** e ***Drª. Fátima Gerolin***, por terem aceitado o convite, pelos ensinamentos e pelas contribuições para o aprimoramento desse estudo.

Ao ***grupo de Pesquisa Nepeche***, pelas discussões e contribuições, em especial à ***Enfª Me. Juliane Aldrighi*** pela amizade e generosidade em dividir seus conhecimentos comigo.

À equipe de profissionais do ***Hospital Alemão Oswaldo Cruz***, pela breve, mas intensa experiência que me proporcionaram em vivenciar o *Primary Nursing* implementado na Instituição. Minha admiração ao trabalho de vocês.

À ***Cepen*** do CHC-UFPR, na pessoa da ***Enfª Dda. Tatiana Brusamarello***, pelo apoio a esse estudo e às pesquisas em Enfermagem no STMO.

EPÍGRAFE

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

RESUMO

O presente trabalho refere-se à proposta de implantação do *Primary Nursing* como modelo para o cuidado de Enfermagem para o Serviço de Transplante de Medula Óssea (STMO). O modelo *Primary Nursing* visa a realização de cuidados de Enfermagem contínuos e individualizados, realizados por uma equipe fixa composta pelo enfermeiro de referência, enfermeiro associado e extensor. Diante disso, elaborou-se a questão norteadora: como é o processo de cuidado de Enfermagem realizado aos pacientes submetidos ao TCTH com o modelo *Primary Nursing* no Serviço de Transplante de Medula Óssea? Para responder a essa questão traçou-se o objetivo de propor o *Primary Nursing* como modelo para o cuidado de Enfermagem a pacientes submetidos ao TCTH. Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial, realizada no Serviço de Transplante de Medula Óssea de um Hospital universitário do Sul do Brasil, com 20 profissionais de Enfermagem. A pesquisa ocorreu de junho a dezembro de 2016. Para a implantação do modelo, foram realizadas oficinas com as seguintes temáticas: sensibilização e apresentação do *Primary Nursing,* passo a passo do modelo *Primary Nursing* e acompanhamento do modelo *Primary Nursing,* totalizando 38 oficinas. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada. Para o processamento dos dados foi utilizado o *software* Iramuteq que aplica análises estatísticas em dados textuais qualitativos. A análise dos dados foi realizada com base nos seis passos descritos por Creswell. Os resultados apresentam a descrição do processo de cuidado no Serviço de Transplante de Medula Óssea em seis classes temáticas: classe 1: A ambiência e o processo de cuidado com o *Primary Nursing*; classe 2: Conhecer o paciente no processo de cuidado com o *Primary Nursing*; classe 3: Relações interpessoais no processo de cuidado com o *Primary Nursing*; *classe* 4: Pontos negativos e pontos positivos do processo de cuidado com o *Primary Nursing*; classe 5: Organização do processo de cuidado com o *Primary Nursing*; e classe 6: O Processo de Enfermagem com o *Primary Nursing.* O estudo evidencia que a implantação do *Primary Nursing* no STMO trouxe melhorias para o processo de cuidado, como a continuidade do cuidado, melhora do vínculo entre profissionais, pacientes e cuidadores e o aperfeiçoamento do Processo de Enfermagem, mas também aponta dificuldades como o sofrimento das profissionais ao deparar-se com a gravidade do quadro clínico dos pacientes ou com o óbito, divisão da escala de trabalho e a resistência à mudança com os profissionais não participantes da pesquisa. Como produto conclui-se que a implantação do modelo *Primary Nursing* foi uma construção coletiva e este é um modelo viável para o cuidado de enfermagem a pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas.

Palavras-chave: Enfermagem Primária. Modelos de Enfermagem. Transplante de células-tronco hematopoéticas.

ABSTRACT

This study proposes to implement Primary Nursing as a Nursing care model for Bone Marrow Transplant Service (BMTS). The Primary Nursing model aims to carry out continuous and individualized Nursing care, by a permanent team comprising a primary nurse, an associate nurse and extenders. In this sense, we have elaborated a guiding question: how does the Nursing care process provided to patients who underwent HSCT using the Primary Nursing model happen at Bone Marrow Transplantation Services? In order to answer this question, a purpose was set to propose Primary Nursing as a model for Nursing care to patients who underwent HSCT. This is a Convergent Care Research, carried out at the Bone Marrow Transplant Service of a Hospital School in Southern Brazil, with 20 professionals from the Nursing field. This research was developed from June to December, 2016. In order to implement such model, workshops were carried out with the following topics: Presenting and raising awareness for Primary Nursing, Step by step to the Primary Nursing model, following up with the Primary Nursing model, adding up to 38 workshops. Data was collected by semi-structured interview. In order to process such data, Iramuteq software was used to apply statistical analysis in qualitative textual data. Data analysis was carried out based on the six steps described by Creswell. The results present the care process description at the Bone Marrow Transplant Service in six thematic classes: class 1. Ambience and care process with Primary Nursing; class 2: Meeting the patient at the care process with Primary Nursing; class 3: Interpersonal relationships at the care process with Primary Nursing; class 4: Negative and positive sides of the care process with Primary Nursing; class 5: Organizing the care process with Primary Nursing; and class 6: The Nursing Process with Primary Nursing. This study indicates that implementing the Primary Nursing model at the BMTS has brought improvements for the care process, such as care continuity, stronger bond among professionals, patients and caregivers, and improvements for the Nursing Process, but also points out difficulties, such as suffering for the team when facing the severity of the patient's clinical condition or death, divisions at the work schedule and resistance to change from professionals who did not take part at this research. As a product, we have concluded that implementing the Primary Nursing model was a collective construction and this is a viable model for nursing care to patients who underwent hematopoietic stem cell transplantation.

Key words: Primary Nursing. Nursing models. Hematopoietic stem cell transplantation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – ETAPAS DO PROCESSO DO TCTH 23
FLUXOGRAMA 1 – SELEÇÃO DAS PUBLICAÇÕES PARA A REVISÃO INTEGRATIVA, BASEADO NO MODELO *PRISMA*..... 34
QUADRO 1 – ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA..35
FIGURA 2 – REPRESENTAÇÃO DA TRAJETÓRIA CIRCULAR ENTRE TEORIA, PRÁTICA E PESQUISA 45
QUADRO 2 – DESDOBRAMENTO DA FASE DE CONCEPÇÃO DA PCA 46
QUADRO 3 – OFICINA A: SENSIBILIZAÇÃO E APRESENTAÇÃO DO *PRIMARY NURSING*..... 51
QUADRO 4 – OFICINA B: PASSO A PASSO DO MODELO *PRIMARY NURSING* 51
QUADRO 5 – OFICINA C: ACOMPANHAMENTO DO MODELO *PRIMARY NURSING*..... 52
FIGURA 3 – EXEMPLO DA DISTRIBUIÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO STMO SEGUNDO A PERSPECTIVA DO MODELO *PRIMARY NURSING*.... 56
FIGURA 4 – RELATÓRIO DA CHD GERADO PELO IRAMUTEQ.... 61
FIGURA 5 – DENDOGRAMA DAS CLASSES COM AS PALAVRAS CARACTERÍSTICAS 61
FIGURA 6 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA CLASSE 1 EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA 63
FIGURA 7 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA CLASSE 2 EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA 68
FIGURA 8 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA CLASSE 3 EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA 71
FIGURA 9 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA CLASSE 4 EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA 78
FIGURA 10 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA CLASSE 5 EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA 82

FIGURA 11 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA CLASSE 6 EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA 88

LISTA DE SIGLAS

CEPen	-	Comissão de Educação Permanente em Enfermagem
COFEN	-	Conselho Federal de Enfermagem
CHC	-	Complexo Hospital de Clínicas
CHD	-	Classificação Hierárquica Descendente
CTH	-	Células-tronco hematopoéticas
DECH	-	Doença do enxerto contra o hospedeiro
DeCS	-	Descritores em Ciências da Saúde
EUA	-	Estados Unidos da América
IRAMUTEQ	-	*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*
NAS	-	*Nursing Activities Score*
PCA	-	Pesquisa Convergente Assistencial
PE	-	Processo de Enfermagem
PN	-	*Primary Nursing*
PNH	-	Política Nacional de Humanização
SAE	-	Sistematização da Assistência de Enfermagem
ST	-	Segmento de texto
STMO	-	Serviço de Transplante de Medula Óssea
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCTH	-	Transplante de células-tronco hematopoéticas
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva
UTOH	-	Unidade de transplante, oncologia e hematologia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 16
2 OBJETIVOS 20
2.1 OBJETIVO GERAL 20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 20
3 REVISÃO DE LITERATURA 21
3.1 TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS (TCTH) 21
3.2 O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM TCTH 24
3.3 MODELOS DE ENFERMAGEM 27
3.4 MODELO *PRIMARY NURSING* 28
3.4.1 Elementos do *Primary Nursing* 30
3.4.2 Denominações e atribuições da equipe de Enfermagem 31
3.4.3 Resultados esperados para o cuidado de Enfermagem com a implantação do *Primary Nursing* 32
3.4.4 Modelo de Enfermagem *Primary Nursing*: o estado da arte 33
4 METODOLOGIA 43
4.1 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA 43
4.2 TIPO DE PESQUISA 44
4.2.1 Fase da concepção 45
4.2.2 Fase de instrumentação 47
4.2.2.1 Local da pesquisa 47
4.2.2.2 Participantes da pesquisa 48
4.2.2.3 Negociação da proposta 49
4.2.2.4 Discussão em grupo 49
4.2.2.5 Observação participante 53
4.2.2.6 Instrumentos e técnicas de coleta de dados 54
4.2.3 Fase de perscrutação 55
4.2.4 Fase de análise 56
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 61
5.1 CLASSES 62
5.1.1.Classe 1 – A ambiência e o processo de cuidado com o *Primary Nursing* 63
5.1.2 Classe 2 – Conhecer o paciente no processo de cuidado com o *Primary Nursing.* 67
5.1.3 Classe 3 – Relações interpessoais no processo de cuidado com o *Primary Nursing* 73

5.1.4 Classe 4 – Pontos negativos e pontos positivos do processo de cuidado com o *Primary Nursing.* 78

5.1.5 Classe 5 – Organização do processo de trabalho de Enfermagem com o *Primary Nursing*..... 82

5.1.6 Classe 6 – O Processo de Enfermagem com o *Primary Nursing.* 88

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 95

REFERÊNCIAS..... 99

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....113

APÊNDICE 2 – APRESENTAÇÃO DA OFICINA A: SENSIBILIZAÇÃO E APRESENTAÇÃO DO *PRIMARY NURSING*..... 117

APÊNDICE 3 – APRESENTAÇÃO DA OFICINA B: PASSO A PASSO DO MODELO *PRIMARY NURSING*..... 118

APÊNDICE 4 – APRESENTAÇÃO DA OFICINA C: ACOMPANHAMENTO DO MODELO *PRIMARY NURSING*..... 120

APÊNDICE 5 – RELATO DAS OFICINAS A, B e C..... 122

APÊNDICE 6 – PLANILHA DO DIÁRIO DE CAMPO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE..... 129

APÊNDICE 7 - DIÁRIO DE CAMPO DAS OFICINAS C: ACOMPANHAMENTO DO MODELO *PRIMARY NURSING*..... 130

APÊNDICE 8 – INSTRUMENTO PARA A ENTREVISTA. 131

APÊNDICE 9 – IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM RESPONSÁVEIS PELO PACIENTE (PARTICIPANTES DA PESQUISA).... 132

ANEXO – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP..... 133

1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem tem a responsabilidade de contribuir continuamente com a produção de conhecimentos que tenham a capacidade de sustentar ações de cuidado competentes tecnicamente, aceitáveis moralmente e que contribuam para preservação da vida em todas as situações do processo de viver humano (PIRES, 2009).

Como a prática do cuidado de Enfermagem tem por objetivo principal o cuidar do outro, a realização dessa prática busca por atender as necessidades humanas básicas dos pacientes, gerenciar o cuidado, trabalhar em equipe, realizar um processo amplo e interativo sempre baseado no conhecimento científico (BAGGIO, 2006; BORGES et al., 2012).

Na especialidade de transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH), os cuidados de Enfermagem devem ser realizados de maneira habilidosa, visando as melhores práticas assistenciais no processo de reabilitação (NARDI, 2011).

De acordo com Hoffbrand, Pettit e Moss (2004), o TCTH consiste em eliminar, por meio de quimioterapia e/ou radioterapia, os sistemas imunológico e hematopoético do doente e substituí-los por células-tronco hematopoéticas de outro indivíduo ou por células-tronco hematopoéticas do próprio paciente, previamente coletadas e tratadas.

Este tratamento é muito especializado, realizado em centros de excelência com a finalidade de tratar pacientes com doenças hematológicas malignas e não malignas imunodeficiências, erros inatos de metabolismo e de tumores sólidos, que não responderam a outras formas de tratamento. A complexidade deste procedimento está relacionada a dois principais fatores: a gravidade das condições de saúde dos pacientes e a urgência na seleção de um possível doador compatível (MIRANDA; SILVA; PASQUINI, 2009).

Nestes centros, os pacientes submetidos ao TCTH são cuidados por uma equipe multidisciplinar e a equipe de Enfermagem está presente continuamente. Esses profissionais desempenham as atividades de cuidar, educar, colaborar, coordenar e supervisionar, sendo as atividades de cuidado e de educação observadas de forma mais expressiva no enfermeiro assistencial (ORTEGA, 2004a; LIMA; BERNARDINO, 2014).

Umas das etapas do tratamento ocorre na internação hospitalar. Inicia-se com a admissão do paciente, seguida de entrevista, avaliação global, inserção de cateter

venoso central, condicionamento[1], recebimento de medicamentos profiláticos para bactérias, fungos e vírus, antieméticos, o TCTH, o período de aplasia medular, a toxicidade do condicionamento, a profilaxia e tratamento de infecções, recebimento de hemoterapia e alta hospitalar quando há a recuperação do enxerto e os exames laboratoriais demonstrem que o paciente apresenta valores maiores de 500 granulócitos/mm^3 (ORTEGA, 2004b).

A fase de internação é caracterizada por privações resultantes dos efeitos do tratamento, além de expectativas centradas na realidade e idealização dos resultados. Diante disso, há a necessidade de que os profissionais apliquem conhecimentos teóricos ao surgimento de cada situação. No entanto, é evidente a necessidade de uma aproximação existencial do paciente, ou seja, atitudes humanizadas por parte dos profissionais (REKSUA; SILVA; D'ORO, 2004).

O estudo brasileiro de Rocha et al. (2015) realizado com 25 pacientes submetidos ao TCTH evidencia que, durante a fase de internação, a qualidade de vida dos pacientes é afetada no que se refere à qualidade de vida global, à função física, ao desempenho pessoal, à função social e familiar. Durante esse período, há também o aumento de preocupações além de se depararem com sintomas causados pelo tratamento, como fadiga, náusea, vômito, dor, inapetência e diarreia.

A motivação para realizar este estudo surgiu da vivência da pesquisadora que atua como enfermeira assistencial em uma unidade de internação de um Serviço de Transplante de Medula Óssea (STMO). Após a reflexão constante sobre o processo de trabalho e a observação que a satisfação profissional aumentou quando teve a oportunidade de cuidar dos mesmos pacientes por um longo período durante a internação, ao acompanhar o tratamento, observar as especificidades e particularidades dos pacientes, planejar e avaliar melhor os cuidados de Enfermagem, tendo o estreitamento da relação com os pacientes e cuidadores.

Com base na prática e experiência profissional, bem como em leituras prévias, observou-se que em se tratando de pacientes com muitas especificidades advindas

[1] "Antes da infusão de células-tronco hematopoéticas os pacientes recebem altas doses de quimioterapia, algumas vezes combinada com irradiação de todo o corpo (...), desempenha papel crítico no receptor, evitando a rejeição de células-tronco 'estrangeiras'". (HOFFBRAND; PETTIT; MOSS, 2004, p. 106).

do TCTH, um fraco elo enfermeiro-paciente pode trazer prejuízo ao tratamento, como a não adoção de um plano de cuidados individualizado.

Enfermeiras *experts*[2] que atuaram no STMO afirmam que:

> A escolha e adequação de métodos de assistência de Enfermagem são essenciais para se atender com qualidade as necessidades dos pacientes, familiares ou responsáveis em todas as etapas do processo de TCTH. É fundamental que o método de assistência a ser adotado direcione a prestação do cuidado desenvolvido pela equipe de Enfermagem com ações planejadas, realizadas ou delegadas de acordo com os níveis de conhecimento, competência e responsabilidade ético-legais dos componentes dessa equipe. (ORTEGA; STELMATCHUK; CRISTOFF, 2009, p. 1032).

Para Ortega, Stelmatchuk e Cristoff (2009), a estratégia mais apropriada para prestar o cuidado de Enfermagem nos serviços de TCTH dependerá da filosofia institucional, das condições de trabalho, da infraestrutura, dos recursos materiais e humanos, de educação continuada, do planejamento, desenvolvimento e avaliação do serviço, das modalidades de transplante realizado e das condições clínicas dos pacientes.

Considerando as ponderações anteriores e visando melhorias, é proposto o estudo com o modelo de Enfermagem *Primary Nursing.*

O *Primary Nursing* é um modelo de organização da assistência de Enfermagem que ressalta o papel chave que o enfermeiro desempenha em qualquer equipe de atendimento de saúde ou organização hospitalar. Composto principalmente pelo *primary nurse* (enfermeiro de referência), enfermeiro associado, que atua em parceria e na ausência do enfermeiro de referência e técnico de Enfermagem, denominado extensor. (MARX, 2011)

O desenvolvimento e a prática do *Primary Nursing* foram realizados pela enfermeira Marie Manthey nos Estados Unidos da América (EUA) no final da década de 1960. Manthey destacava-se pela contínua atenção e preocupação à alta qualidade da assistência, aos cuidados humanizados e à competência da equipe de Enfermagem. Desse perfil resultou a indignação com a forma fragmentada e despersonalizada que os pacientes recebiam os cuidados de Enfermagem, bem como a falta de autonomia das enfermeiras. Desde então foi adotado o sistema supracitado,

[2] "Pessoa cujo conhecimento excessivo a faz entender ou dominar certa área, assunto, ofício, atividade, etc." (DICIONÁRIO ON-LINE DE PORTUGUÊS, 2016).

que consiste em prover cuidados integrais e sequenciais realizados pelo *primary nurse, enfermeiro associado* e o *extensor* (MARX, 2011).

A experiência de implementar o modelo em uma unidade piloto com pacientes em tratamento oncológico, hematológico e pulmonar em um hospital na cidade de Evanston (EUA) no início da década de 1970, ressaltou o comprometimento dos enfermeiros com a qualidade de vida dos pacientes. De fato, o enfermeiro de referência tornou-se aliado na assistência ao paciente, sendo assim reconhecido o alto nível de competência clínica da equipe de Enfermagem tanto pela equipe de saúde quanto pela comunidade (WERNER, 2014).

No Brasil, também há experiência positivas, como a citada por Nishio e Betta (2011), na qual afirmam que após a implementação do *Primary Nursing* em clínicas médica e cirúrgica de um hospital público de São Paulo, foi possível observar redução no número de úlceras por pressão, quedas do leito ou da própria altura e aumento na satisfação dos pacientes no período de internação nessas unidades. Salientam que quanto mais tempo o enfermeiro e a equipe de Enfermagem tiverem para observar, antever e cuidar das necessidades do paciente, mais rápido ele responderá e se recuperará para voltar ao ambiente familiar.

A implementação do *Primary Nursing* dependerá da administração da instituição, da solicitação de mercado, mas sobretudo do interesse dos enfermeiros em mudar o referencial em direção à competência profissional, investindo em conhecimento científico, em habilidades e atitudes para com o ser humano, resgatando a humanização e a ética (CARMONA; LALUNA, 2002).

Os estudos nacionais e internacionais sobre esse tema são escassos, principalmente na relação entre o cuidado de Enfermagem em TCTH e o modelo *Primary Nursing*. Diante disso surgiu a necessidade de estudar o modelo e a implantação dele no STMO, pois acreditamos que poderá contribuir para os serviços de saúde, para a Enfermagem e para o conhecimento científico.

Para isso, o método utilizado foi a Pesquisa Convergente Assistencial que visa unir situações da prática assistencial com a teoria e a pesquisa.

Diante do exposto, este estudo tem a seguinte questão norteadora: **como ocorre o processo de cuidado de Enfermagem realizado aos pacientes submetidos ao TCTH com o modelo *Primary Nursing* no Serviço de Transplante de Medula Óssea?**

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Propor o *Primary Nursing* como modelo para o cuidado de Enfermagem a pacientes submetidos ao TCTH.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Sensibilizar a equipe de Enfermagem para o *Primary Nursing* como modelo para o cuidado de Enfermagem.

Aplicar o *Primary Nursing* como modelo para o cuidado de Enfermagem.

Descrever o processo de cuidado de Enfermagem em TCTH com o modelo *Primary Nursing.*

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS (TCTH)

Segundo Pasquini e Coutinho (2013), o TCTH consiste em enxertar células-tronco hematopoéticas (CTH) em um paciente a fim de corrigir defeitos da medula óssea tanto qualitativos quanto quantitativos. Este procedimento recebe denominações de acordo com o doador, sendo singênico para gêmeos univitelinos, autogênico quando as células enxertadas são do próprio paciente e alogênico quando as células enxertadas são de outra pessoa, parente ou não. As fontes dessas células são a medula óssea, o sangue periférico e o sangue de cordão umbilical.

A primeira etapa do TCTH consiste no diagnóstico e na indicação dessa terapêutica que deve ser superior às outras disponíveis. Em seguida, são realizadas as buscas de doadores, primeiramente entre familiares e em casos de inviabilidade são acionados os registros de doadores voluntários. Em seguida, o paciente é submetido a etapa de preparação ou de condicionamento (PASQUINI, 2004).

Para a realização do TCTH é necessário que o paciente receptor das CTH primeiramente seja submetido à quimioterapia e/ou radioterapia para que os sistemas hematopoiético e imunológico sejam eliminados e posteriormente substituídos por uma porção de CTH de outro indivíduo ou de si próprio. As doses de medicamentos e irradiações são maciças e seriam habitualmente letais sem a infusão dessas células (HOFFBRAND; PETTIT; MOSS, 2004; PASQUINI, 2004).

As principais indicações para o TCTH nos últimos 30 anos são doenças hematológicas malignas ou não, imunodeficiências, erros inatos de metabolismo e tumores sólidos, como: leucemia aguda linfoblástica ou mielóide, leucemia mielóide crônica, mielodisplasia, mieloma múltiplo, linfoma, leucemia linfocítica crônica, anemia aplástica grave incluindo anemia de fanconi. Doenças hereditárias: talassemia maior, anemia de células falciformes, imunodeficiências, erros inatos de metabolismo no sistema hematopoético e mesenquimal. Doenças graves da medula óssea: hemoglobinúria paroxística noturna, aplasia eritróide pura, mielofibrose. Doença de Hodgkin e linfoma não-Hodgkin, doença autoimune grave, dentre outras (HOFFBRAND; PETTIT; MOSS, 2004; PASQUINI; COUTINHO, 2013).

Hoffbrand, Pettit e Moss (2004) e Pasquini (2004) afirmam que o tratamento dessas doenças depende de fatores como a complexidade da doença, a idade do receptor e a disponibilidade de doadores no caso de transplante alogênico.

Os pacientes submetidos ao TCTH estão sujeitos a complicações decorrentes da doença de base e ao regime de condicionamento. Concorrem para estes agravos as altas doses de quimioterápicos, a radioterapia, a imunossupressão e as transfusões sanguíneas prévias, pois pacientes hipertransfundidos podem desenvolver fibrose hepática e o comprometimento de outros órgãos. Outro agravante é a pancitopenia[3] estando relacionada ou não a infecções em atividade. Esses pacientes ficam susceptíveis a infecções fúngicas, bacterianas e virais, pois há a quebra da barreira mucosa ocasionada pelo regime de condicionamento e lesão da pele causada pelo uso do cateter venoso central (PASQUINI, 2004).

Sendo assim, durante a fase supracitada os pacientes recebem antivirais, antibióticos e antifúngicos profiláticos (HOFFBRAND; PETTIT; MOSS, 2004).

A rejeição do enxerto é também um fator agravante e considerada a principal falha do TCTH, pois embora a fase de condicionamento possa eliminar a maioria dos precursores e das células do sistema imunológico do receptor, algumas células remanescentes podem provocar essa reação (VOLTARELLI et al., 2009).

Outra complicação grave que pode ser ocasionada pelo TCTH, no caso dos TCTH alogênicos, é a doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH). Esta é relacionada às células T infundidas que reagem contra tecidos do receptor. É denominada aguda quando ocorre nos primeiros três meses pós-TCTH e crônica quando ocorre após este período. Acomete principalmente a pele e o fígado (PASQUINI, 2004).

Devido à complexidade desse tratamento, os receptores estão sujeitos aos agravos mencionados acima, bem como aos citados por Pasquini (2004) e Amigo Filho et al. (2009) desde as recaídas às doenças, quanto às complicações relacionadas a inserção e ao manuseio do cateter venoso central (hemotórax, pneumotórax, hidrotórax, trombose, infecções), sepse, hemorragias, emergências neurológicas e insuficiência renal.

Passada a fase de pancitopenia intensa, causadas pela aplasia da medula óssea e pela atrofia do sistema imune, geralmente com a duração de uma a três

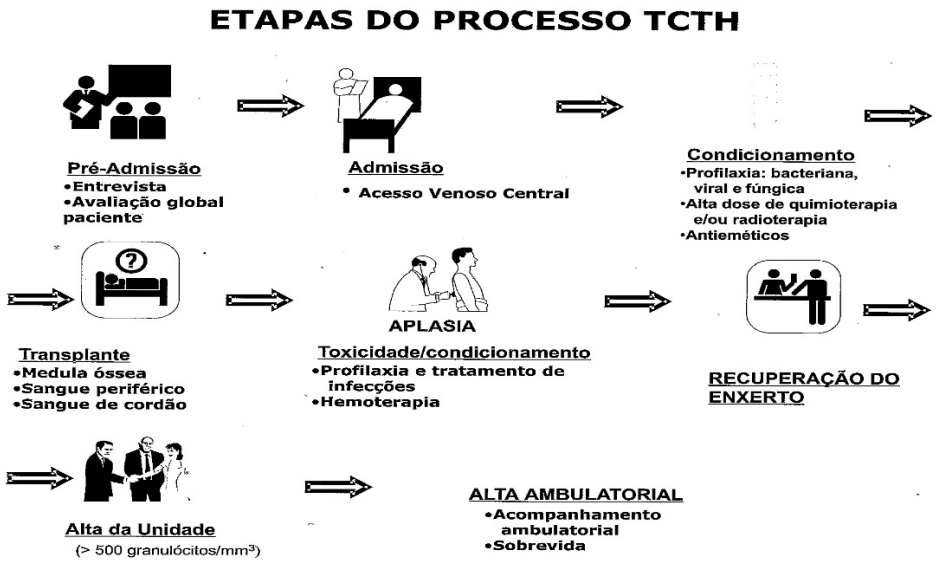
[3] Pobreza de elementos celulares no sangue (DICIONÁRIO ON-LINE DE PORTUGUÊS, 2016).

semanas pós-TCTH, os sinais iniciais de transplante com êxito começam a aparecer. No entanto, a recuperação da imunidade ocorre gradativamente e permanece reduzida em até dois anos após o TCTH. O grupo sanguíneo é substituído para o do doador em aproximadamente dois meses após o tratamento (HOFFBRAND; PETTIT; MOSS, 2004; PASQUINI, 2004).

Como as células do enxerto substituirão os sistemas hematológico e imunológico do paciente, a imunossupressão farmacológica poderá ser suspensa posteriormente, pois haverá a tolerância entre as células do receptor e do doador, o que se difere dos transplantes de órgãos sólidos (VOLTARELLI et al., 2009).

A figura 1 ilustra resumidamente as etapas descritas do processo do TCTH.

FIGURA 1 – ETAPAS DO PROCESSO DO TCTH



FONTE: Ortega (2004b).

Os pacientes submetidos a esse tratamento específico e complexo são atendidos por uma equipe multiprofissional, a qual a Enfermagem faz parte e realiza o cuidado ininterrupto na unidade de internação. O subcapítulo a seguir aborda as características, a legislação e a especificidade do cuidado de Enfermagem no TCTH.

3.2 O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM TCTH

A Enfermagem está presente em todas as fases do TCTH, prestando a assistência pautada na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), de forma humanizada, individualizada e qualificada (ORTEGA, 2004a).

Para Lima e Bernardino (2014), o cuidado de Enfermagem realizado em unidade de TCTH é diferenciado quando comparado a outros serviços. Destacam a quantidade de cuidados especializados e atividades específicas necessárias para atuar nessa área, cujo conhecimento é adquirido com treinamento e capacitação até que seja possível assumir as responsabilidades exigidas.

A Resolução Conselho Federal de Enfermagem – COFEN – 200/1997 – revogada pela Resolução 306/2006, tem por objetivo geral regulamentar a atuação dos profissionais de Enfermagem nos serviços de hemoterapia e transplante de medula óssea e por objetivos específicos assegurar a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de Enfermagem em todo o processo hemoterápico e transplante de medula óssea em níveis hospitalar, ambulatorial e domiciliar; promover a humanização dos procedimentos relativos à hemoterapia e transplante de medula óssea; garantir os direitos à vida e à dignidade do homem, no pleno exercício das ações de Enfermagem, desenvolvidas no processo hemoterápico e no transplante de medula óssea.

Esta Resolução descreve as competências do enfermeiro em transplante de medula óssea, descritas a seguir (COFEN, 1997):

a) executar procedimentos técnicos específicos relacionados à aspiração e infusão de células da medula óssea, cordão umbilical e precursores hematopoéticos de sangue periférico.

b) desenvolver e participar de pesquisas relacionadas com transplante de medula óssea.

c) planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de Enfermagem, na assistência ao paciente submetido a transplante de medula óssea, em níveis hospitalar, ambulatorial e domiciliar.

d) realizar consulta de Enfermagem, objetivando integrar doador e receptor no contexto hospitalar, identificando prováveis complicações.

e) participar da definição da política de recursos humanos, de aquisição de materiais da área física, necessários à assistência de Enfermagem ao paciente submetido a transplante de medula óssea.

f) promover a educação e a orientação de pacientes submetidos a transplante de medula óssea e de seus familiares.

g) acompanhar os procedimentos específicos (exames diagnósticos) realizados pela equipe multiprofissional, voltados para a assistência ao paciente submetido ao transplante de medula óssea.

h) planejar e implementar ações que visem a redução de riscos e a potencialização dos resultados em transplante de medula óssea.

i) participar da elaboração de programas de estágio, treinamento e desenvolvimento de enfermeiros.

j) cumprir e fazer cumprir as normas, regulamentos e legislações vigentes.

k) registrar informações e dados estatísticos pertinente à assistência de Enfermagem ao paciente submetido ao transplante de medula óssea.

l) orientar e executar procedimentos técnicos específicos, para o doador de medula óssea.

m) manejar e monitorizar equipamentos de alto grau de complexidade.

n) proporcionar condições para o aprimoramento dos profissionais atuantes na área, através de cursos, reciclagens e estágios em instituições afins.

o) estabelecer relações técnico científicas com as unidades afins.

p) elaborar a prescrição de Enfermagem para as diversas etapas do processo de transplante de medula óssea.

q) participar da equipe multiprofissional, procurando garantir uma assistência integral ao doador, receptor e familiares.

Para Ortega et al. (2004), os cuidados de Enfermagem devem ser embasados no conhecimento de todo o processo de transplante. Deve-se envolver o transplantado e a família informando-os sobre os procedimentos e tratamentos, efeitos colaterais dos medicamentos, aplicar medidas preventivas contra infecções, entre outras, são muito importantes para uma assistência mais completa e humana.

A respeito da terapia medicamentosa, Fonseca e Secoli (2008), após realizarem um estudo cujos objetivos caracterizaram o perfil dos medicamentos quanto ao aprazamento dos horários de administração e potencial interativo e identificar as combinações existentes entre antimicrobianos potencialmente

interativos e outros medicamentos decorrentes da coadministração nos pacientes submetidos a TCTH, concluíram que a enfermeira tem papel fundamental na prevenção de problemas relacionados a combinação terapêutica. Cabe a ela estudar a farmacocinética, efeitos adversos e interações dos medicamentos, evitar aprazamentos simultâneos de medicamentos interativos e monitorizar o paciente submetido a terapia medicamentosa, realizando, dessa forma, cuidados que são essenciais para o sucesso ou falha do tratamento.

Em relação à prevenção de infecções, Zavadil, Mantovani e Cruz (2012) afirmam que mesmo tendo conhecimento sobre a condição imunológica precária dos pacientes submetidos ao TCTH, os enfermeiros sentem-se culpados quando ocorrem infecções, pois relacionam que possíveis falhas durante o cuidado prestado por eles podem resultar nesse agravo ao paciente. Diante disso, não conseguem alcançar o que almejam, como a cura, a inexistência de infecções e a preservação da vida.

Esse sentimento pode estar relacionado às infecções evitáveis, pois uma das causas de infecção de cateter é a manipulação. Para evitar esses danos aos pacientes, uma das estratégias é a instituição de protocolos para o manejo de cuidado com cateteres que contemplem os cuidados de enfermagem (AMIGO FILHO et al, 2009). A manipulação do cateter é realizada por diferentes profissionais de enfermagem para a realização do cuidado e por profissionais médicos durante a realização de exames e procedimentos cirúrgicos.

Segundo Martins (2013), pacientes onco/hematológicos e/ou em processo de TCTH possuem elevado risco para complicações, necessitando que a equipe de enfermagem realize cuidados de forma qualificada, acurada e direcionada as necessidades assistenciais específicas desses pacientes e baseado nessa especificidade e complexidade, justifica-se o uso do *Nursing Activities Score* – (NAS) para a mensuração da carga de trabalho de Enfermagem.

O estudo de Silva et al. (2015) corrobora a questão da complexidade dos cuidados de Enfermagem em TCTH, pois evidencia que a carga de trabalho nesses serviços é próxima à de Unidade de Terapia Intensiva, tanto para pacientes submetidos ao TCTH autólogo quanto ao alogênico. A condição clínica dos autólogos e o regime de condicionamento dos alogênicos podem ter contribuído para que fossem semelhantes em relação à gravidade dos pacientes e a necessidade do número de horas de cuidados de Enfermagem semelhante à terapia intensiva. Esse resultado está embasado na frequência da pontuação do NAS.

O item *Monitorização e controle* mostrou que o monitoramento intensivo pode estar relacionado à necessidade de avaliar quanto às reações infusionais relacionadas aos medicamentos e hemocomponentes. Em *Investigações laboratoriais*, foi observada a necessidade de monitorização diária de bioquímica e de dosagem de medicamentos. Em *Procedimentos de higiene*, foi visto que os profissionais de Enfermagem chegam a gastar de 2 a 4 horas em um turno de trabalho para estes procedimentos, há fatores agravantes como a diarreia e a mucosite. O item *Mobilização e posicionamento* obteve alta pontuação, devido à prevenção de quedas dos pacientes em plaquetopenia[4] e à necessidade de banho no leito e mudança de decúbito em pacientes com uso de drogas vasoativas. *Suporte e cuidados aos pacientes/familiares* recebeu pontuação total. Em *Tarefas administrativas e gerenciais*, contatou-se que há grande demanda dessas atividades, visto que os pacientes em fase de TCTH e seus familiares recebem orientações detalhadas, observou-se que esse os cuidados desse item exigem aproximadamente duas horas de trabalho do enfermeiro em alguns plantões (SILVA et al., 2015).

Para Silva et al. (2015), esses resultados refletem a complexidade e a importância dos cuidados de Enfermagem em todas as fases do TCTH.

Rocha et al. (2015) corroboram que o enfermeiro deve se fazer presente em toda a fase do tratamento para promover ações que busquem a manutenção das dimensões físicas, emocionais e sociais dos pacientes e para realizar cuidados individualizados no que se refere às características pessoais e sociais, com o objetivo de adaptá-los à fase terapêutica com melhores condições de vida.

Uma das maneiras de buscar a qualificação e a sistematização dos cuidados de Enfermagem em TCTH é inserir modelos de Enfermagem para guiarem a prática profissional. Temática abordada no subcapítulo a seguir.

3.3 MODELOS DE ENFERMAGEM

Segundo a definição do Descritores em Ciências da Saúde – DeCS (2017), modelos de Enfermagem são modelos teóricos que simulam o comportamento ou as atividades da Enfermagem, inclusive os cuidados de Enfermagem, administração e economia, teoria, avaliação, pesquisa e educação.

---

[4] Diminuição da taxa de plaquetas no sangue (DICIONÁRIO ON-LINE DE PORTUGUÊS, 2016).

Para Rocha, Prado e Silva (2012), os modelos sistematizam o cuidado e favorecem a união entre a academia e a prática do cuidado, além disso, contribuem para que as ações de Enfermagem sejam pautadas na cientificidade.

De acordo com Slatyer et al. (2016), os modelos descrevem valores de Enfermagem e definem processos que auxiliam os enfermeiros a monitorar a prática profissional e a realizar cuidados com qualidade.

Os modelos de Enfermagem devem ser vistos como estruturas que guiam ou filosofias que oferecem princípios que auxiliam os enfermeiros a conduzir o cuidado (NOBREGA; BARROS, 2001).

Para Carraro e Wall (2005), pode-se prestar um cuidado diferenciado ao sistematizá-lo com base em um modelo, pois dessa forma, as ações de Enfermagem singulares são planejadas com base nas necessidades de cada paciente, considerando e respeitando as suas condições físicas, sociais, culturais e espirituais.

No entanto, para que os modelos de Enfermagem sejam de fato implementados, Magalhães e Juchem (2000) afirmam que é necessário sensibilizar a equipe e incorporar novos pressupostos para que haja uma mudança cultural gradativa e contínua, pois todo esse processo não se faz apenas pela redistribuição de atividades.

A revisão de literatura realizada por Slatyer et al. (2016) abordou essa temática. O objetivo foi sintetizar a literatura que descreve o desenvolvimento e/ou a implementação e/ou avaliação de um modelo de prática profissional para determinar os principais componentes do modelo. Foram selecionados 51 artigos em inglês publicados até 2014, que descreveram 38 modelos Enfermagem para a prática profissional. Os componentes comuns encontrados nesses modelos foram a liderança, a prática colaborativa e independente dos enfermeiros, o meio ambiente, o desenvolvimento e reconhecimento dos enfermeiros, a pesquisa e inovação e resultados do paciente. As autoras concluíram que os modelos de Enfermagem para a atuação na prática profissional favorecem a qualidade do cuidado.

Dentre os modelos de Enfermagem citados na revisão de Slatyer et al. (2016) está o *Primary Nursing* que será abordado nos capítulos seguintes.

3.4 MODELO *PRIMARY NURSING*

Segundo Marx (2011), o desenvolvimento e a prática do *Primary Nursing* foram realizados pela enfermeira Marie Manthey nos EUA no final da década de 1960 e início da década de 1970. Nos anos 1980, foi adotado por enfermeiros da Inglaterra e posteriormente expandiu-se para a Rússia, Cingapura, Indonésia, África do Sul, Noruega, Irlanda, Austrália, Finlândia, Espanha e Brasil.

O *Primary Nursing* foi desenvolvido após a identificação de problemas existentes com a Enfermagem de equipe, modelo vigente na época, no qual era possível observar a fragmentação do cuidado, canais de comunicação complexos e responsabilidade compartilhada (MANTHEY, 2014a).

Esse modelo foi adotado como alternativa para os problemas citados, por viabilizar a aplicação dos cuidados de Enfermagem qualificados e humanizados designados a um grupo de enfermeiros com responsabilidade pelos pacientes ininterruptamente. A esses profissionais são atribuídos o planejamento e as decisões sobre os cuidados de Enfermagem inclusive nos dias de folga, sendo necessário comunica-se adequadamente com seus substitutos a fim de transmitir-lhes as informações necessárias (MARX, 2011).

Werner (2014) adotou o *Primary Nursing* em um projeto piloto iniciado na década de 70 em uma clínica de tratamento oncológico, hematológico e pulmonar, pois acreditava que compensaria explorar o modelo cujos objetivos são capacitar e dar apoio aos enfermeiros, bem como prestar o cuidado de forma competente, humana e individual aos pacientes e seus familiares. Dentre os resultados dessa experiência pode observar o alto nível de comprometimento e competência clínica dos enfermeiros com os pacientes e suas famílias, bem como o reconhecimento positivo da comunidade.

Nadeau et al. (2017) afirmam que o *Primary Nursing* favorece o cuidado baseado no relacionamento. O estudo realizado pelos autores em uma clínica pediátrica de hematologia e oncologia e transplante de medula demonstrou alto índice de satisfação de pacientes e familiares com o modelo.

Em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, o estudo de Korhonen e Kangasniemi (2014) detectou que o modelo permite um ambiente em que haja uma relação de carinho entre o enfermeiro de referência e os pais da criança hospitalizada. Para os autores esse tipo de relação forma o núcleo da Enfermagem e precisa ser pesquisado e apoiado na prática.

Segundo Moore (2014), é necessário que os enfermeiros concentrem-se no relacionamento com o paciente e essa relação ocorrerá de forma terapêutica quando o profissional conecta-se ao paciente.

Marx (2009a) afirma que o modelo tem como essência a individualização da assistência e a humanização, tendo como base o tratamento integral ao paciente e como foco a qualidade da assistência.

No entanto, Manthey (2014b, p. 37) alerta que o *Primary Nursing* por si só não garante a qualidade da assistência.

> A qualidade do cuidado de Enfermagem assim prestado ao paciente é determinada pelo desempenho dos indivíduos no sistema. O desempenho é resultado da capacidade clínica, sofisticação de julgamento, habilidade organizacional e qualidade de liderança. A qualidade do serviço de Enfermagem em um sistema de *Primary Nursing* pode ser boa ou ruim, abrangente ou incompleta, coordenada ou espasmódica, individualizada ou padronizada, criativa ou rotineira. O *Primary Nursing* não define nem garante a qualidade dos cuidados. Como sistema, facilitita um nível muito elevado de qualidade, possibilitando e capacitando os indivíduos a trabalharem com sua capacidade máxima.

3.4.1 Elementos do *Primary Nursing*

Manthey (2014b) define que o *Primary Nursing* é composto por: alocação e aceitação da responsabilidade individual pela tomada de decisão para um indivíduo, atribuições de cuidados diários pelo método de caso, comunicação interpessoal direta e um profissional responsável pela qualidade do cuidado prestado ao paciente, durante todos os dias.

A responsabilidade pela tomada de decisão é essencialmente realizada pelo enfermeiro de referência do paciente. A ele são atribuídas as funções de decisão, planejamento e acompanhamento do cuidado. Para isso é necessário que o profissional exerça a responsabilidade embasado em três fatores: a disponibilização informações sobre o paciente para outros profissionais da equipe, o repasse de orientações sobre de que forma o cuidado deve ser realizado e o planejamento de alta, no qual o profissional deverá verificar em que condições (MANTHEY, 2014b).

A atribuição por métodos de caso a forma de organização das tarefas de cuidado, com base nas necessidades do paciente e nas habilidades do profissional. Salienta que as atividades por esse método são centradas no paciente e não nas tarefas (MANTHEY, 2014b).

Sobre a comunicação, a autora define como canais diretos de comunicação, nos quais os profissionais comunicam-se diretamente entre si, sendo o enfermeiro de referência o responsável por iniciar a comunicação com os outros profissionais da equipe de saúde (MANTHEY, 2014b).

Por fim, o profissional responsável pela qualidade do cuidado prestado ao paciente, durante todos os dias é definido por Manthey (2014b) como: cuidador como planejador dos cuidados. Para exercer essa função deve-se ser considerado a experiência e a formação do profissional e o plano de cuidados orientado por ele deverá ser seguido nos momentos em que não está presente.

3.4.2 Denominações e atribuições da equipe de Enfermagem

As denominações[5] e atribuições da equipe de Enfermagem que compõem o *Primary Nursing* são:

O *primary nurse* (enfermeiro principal) é o responsável por promover, desenvolver e atualizar cuidados de Enfermagem a um grupo de pacientes a ele designado, com qualidade e evidências científicas, com autonomia e responsabilidade sobre o tratamento e recuperação da internação à alta hospitalar. Cabe a ele também, planejar e realizar cuidados de enfermagem individualizados e coordenar a realização dos cuidados durante toda a estadia do paciente na internação. Conhecer o processo de Enfermagem e ter habilidades para interagir com os pacientes, familiares e equipe de saúde são fundamentais ao trabalho desse profissional. Os pacientes podem ser redesignados quando necessário (MARX, 2011; MEFFORD, ALLIGOOD, 2011; FERRUA et al., 2016; RANTANEN et al., 2016).

O *enfermeiro associado* com a função de dar continuidade ao plano de cuidados estabelecido pelo *primary nurse,* visando manter e dar sequência às suas instruções, com liberdade para intervir quando necessário (MARX, 2011; ROSE; YATES, 2013).

O *extensor* é o técnico ou o auxiliar de Enfermagem que tem atribuições nos cuidados dos pacientes de acordo com suas competências e habilidades, sendo orientado pelo *primary nurse.* (MARX, 2011).

---

[5] Os profissionais que compõem a estrutura do *Primary Nursing* recebem nomenclaturas específicas, no entanto nem sempre estas são utilizadas nos hospitais onde é praticado, é possível encontrar denominações distintas para o mesmo cargo (MARX, 2006).

As composições do Departamento de Enfermagem e administrativo para o atendimento segundo o *Primary Nursing* compreendem o gerente de Enfermagem, enfermeiros executivos de serviços e de unidade, enfermeiros clínicos especialistas e generalistas, técnicos em Enfermagem, auxiliares de Enfermagem e escriturário (MARX, 2006; MARX, 2011).

As principais competências desses profissionais segundo a autora são:

O *gerente de Enfermagem* com a função de ser o gestor do processo de implementação e acompanhamento do *Primary Nursing*. Propiciar a descentralização, a autonomia e a tomada de decisões por parte dos enfermeiros (MARX, 2006; MARX, 2011).

O *enfermeiro executivo de serviço* é responsável por providenciar e manter tanto as condições ambientais quanto estruturais, a fim de melhorar a qualidade da assistência, bem como dar suporte para as tomadas de decisões e resoluções de problemas (MARX, 2006; MARX, 2011).

O e*nfermeiro executivo de unidade* tem por responsabilidade a gestão da sua unidade de trabalho, incluindo o planejamento e organização da assistência com o objetivo de prestar o cuidado de forma individualizada (MARX, 2006; MARX, 2011).

Os *enfermeiros clínicos generalistas e especialistas* realizam o planejamento dos cuidados de Enfermagem, implementam o plano assistencial, realizam cuidados diretos aos pacientes. (MARX, 2006; MARX, 2011).

O *escriturário* é responsável pelas atividades burocráticas e administrativas (MARX, 2006; MARX, 2011).

3.4.3 Resultados esperados para o cuidado de Enfermagem com a implantação do *Primary Nursing*

Para Marx (2006a), obter bons resultados com o modelo demanda perseverança planejamento e precisão, no entanto, o *Primary Nursing* favorece a avaliação dos resultados esperados por ser realizado de forma sequencial e pelas mesmas pessoas.

Segundo a autora, dessa forma, espera-se que com a implantação desse modelo seja alcançado a melhoria do entendimento do paciente sobre o processo de ações integradas entre a equipe, bem como pela continuidade e individualização da assistência; o relacionamento de confiança e segurança entre o enfermeiro e o

paciente; aumento da autonomia profissional; melhora da comunicação; inserção da família nos cuidados; aumento da satisfação profissional; resolutividade econômica e financeira devido ao fato dos profissionais conhecerem os paciente, evitando retrabalhos e desperdícios e por fim fidelizar o paciente à instituição pela boa prática dos serviços ofertados (MARX, 2006).

Com o intuito de conhecer a experiência das instituições de saúde com a implantação do modelo *Primary Nursing* realizou-se a revisão integrativa a seguir.

3.4.4 Modelo de Enfermagem *Primary Nursing*: o estado da arte

O estado da arte é uma pesquisa bibliográfica que discute a produção acadêmica em diferentes campos do conhecimento, tentando responder aspectos e dimensões em destaque em diferentes épocas e lugares, as formas e condições das produções de mestrados e doutorados, as publicações em periódicos e em anais de congressos e de seminários. Também são reconhecidas por realizarem uma metodologia descritiva da produção acadêmica e científica sobre o tema investigado, resultando em categorias sob as quais a pesquisa é analisada (FERREIRA, 2002).

A revisão integrativa é um método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, sendo o seu produto final o estado atual do conhecimento do tema investigado, a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde e a redução de custos, bem como a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

“Revisões integrativas de pesquisa é uma parte importante do processo de criação e de organização de um corpo de literatura.” (GANONG, 1987, p. 1).

Para fazer a diferença na assistência à saúde e de enfermagem, é primordial vincular o conhecimento das pesquisas com o da prática clínica. A revisão integrativa é um método de pesquisa principiante na Enfermagem nacional, no entanto, é notada a sua contribuição na melhoria do cuidado prestado ao paciente e familiar. A síntese dos resultados de pesquisas reconhecidos mundialmente facilita a inserção de evidências, agilizando a transferência de conhecimentos novos para a prática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Em geral, para se elaborar uma revisão integrativa deve-se cumprir seis etapas: identificar o tema e seleção da hipótese ou questão da pesquisa, estabelecer critérios

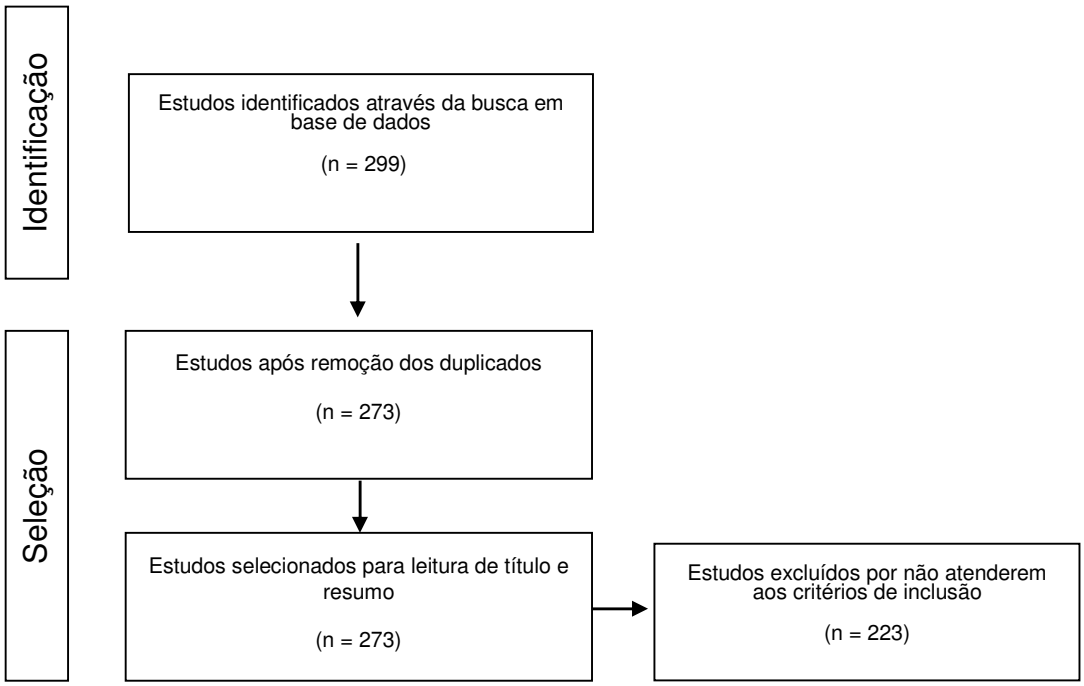
para a inclusão e exclusão de estudos, categorizar os estudos, avaliar os estudos incluídos, interpretar os resultados e sintetizar o conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; PAULA; PADOIN; GALVÃO, 2015).

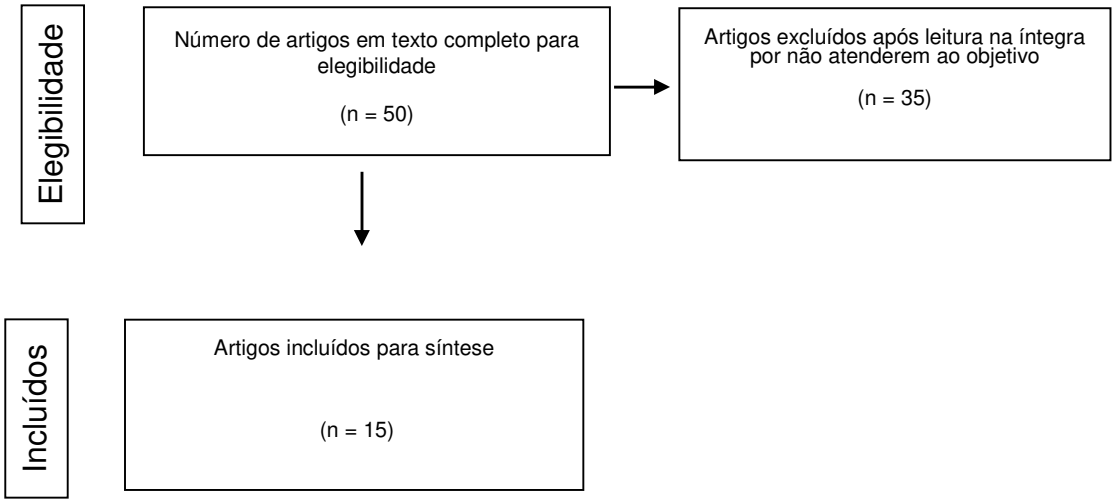
Na primeira etapa, formulou-se a questão da pesquisa e o objetivo respectivamente: qual é o estado da arte sobre o *Primary Nursing*? E identificar na literatura estudos que abordem o *Primary Nursing* como modelo de Enfermagem.

Em março de 2017, realizou-se a segunda etapa da revisão com a busca e seleção dos estudos por três revisores independentes, nas bases de dados *PubMed*, CINAHL, SCIELO, BVS e CAPES. Utilizaram-se os termos: *"Primary Nursing", "Nursing Model"* e *"Nursing Models".* Foram utilizados os operadores boleanos AND e OR para a combinação entre os termos, como por exemplo: ("*primary nursing*") AND ("*nursing model*" OR "*nursing models*").

Os passos para a seleção dos artigos foram baseados nos critérios do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and a Meta-Analyses* – PRISMA (GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015), conforme consta no fluxograma 1.

FLUXOGRAMA 1 – SELEÇÃO DAS PUBLICAÇÕES PARA A REVISÃO INTEGRATIVA, BASEADA NO MODELO *PRISMA*





FONTE: A autora (2017).

Na terceira etapa os estudos foram categorizados conforme o ano de publicação, país do estudo, título, autores, revista publicada, objetivos e principais resultados. Na quarta etapa, os estudos selecionados foram lidos na íntegra e analisados detalhadamente. Na quinta etapa, foi realizada a interpretação e a discussão dos principais resultados dos estudos e, na sexta etapa, realizado a síntese e as recomendações geradas pelas evidências identificadas na revisão.

Foram selecionados e analisados 15 estudos, cinco provenientes da Finlândia, três dos EUA, dois da Austrália, um da Itália, um da China, um de Israel, um da Holanda e um do Canadá. Todas as publicações estavam disponíveis no idioma inglês. Os anos de publicação variaram de 1988 a 2017. No quadro 1 é apresentada a caracterização dos artigos.

QUADRO 1 - ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA

Ano/ País do estudo/ Periódico	**Título**	**Autores**	**Objetivo**	**Principais resultados**
2017 Estados Unidos da América. Journal of Pediatric Oncology Nursing 2017, Vol. 34(1) 28–34	Perceptions of a Primary Nursing Care Model in a Pediatric Hematology/Oncology Unit	Katie Nadeau, Kerri Pinner, Katie Murphy, Kristin M. Belderson,	Avaliar a percepção do paciente / familiar e enfermeira do modelo de atenção atual (PN) por meio da avaliação de lacunas em sua operacionalização e satisfação.	Continuidade do cuidado, relacionamento entre paciente, familiares e enfermeiros, a prestação de cuidados seguros. Preferência de familiares. Satisfação de paciente e familiares. Relacionamento próximo. Enfermeiros preferem não escolher pacientes com comportamento complicado e mal prognóstico.

2016 Itália. Creative Nursing, Volume 22, Issue 4, 2016	The impact of the Primary Nursing Model on cultural improvement: a mixed-method study	Rachele Ferrua, John W. Nelson, Claudia Gatta, Antonella Croso, Chiara Boggio Gilot, Alberto Dal Molin	Avaliar como a cultura organizacional dos enfermeiros mudaram em relação à implementação de um novo modelo organizacional de cuidados.	Pessoa de referência para os pacientes, melhor familiaridade com os pacientes, continuidade e cuidados personalizados. Burocratização excessiva do trabalho, maior cargas de trabalho e conflitos dentro da equipe.
2016 Finlândia. Journal of Nursing Management, 2016, 24, 261–270	Two models of nursing practice: a comparative study of motivational characteristics, work satisfaction and stress	Anja Rantanen, Anneli Pitkänen, Irmeli Paimensalo-Karell, Marko Elovainio, Pirjo Aalto	Examinar as diferenças nos fatores motivacionais e de estresse relacionados ao trabalho entre o PN e o modelo individual de alocação de pacientes.	Menor estresse relacionado aos pacientes. Maior satisfação. Maior tempo de permanência na instituição. Menor satisfação com os supervisores, maior estresse com o volume de trabalho e com a equipe.
2015 Austrália. European Journal of Oncology Nursing 19 (2015) 731e739	Patients' outcomes related to person-centred nursing care in radiation oncology: A case study	Pauline Rose, Patsy Yates	Descrever as respostas dos pacientes ao atendimento de enfermagem após a Implementação de um modelo centrado na pessoa em um departamento de oncologia de radiação	Satisfação dos pacientes e enfermeira como fonte de informação.
2013 Austrália. European Journal of Oncology Nursing Volume 17, edição 5 outubro de 2013, páginas 554-562	Person centred nursing care in radiation oncology: a case study	Pauline Rose, Patsy Yates	Descrever as percepções da equipe clínica de implementar um modelo de enfermagem centrado na pessoa em um departamento de tratamento de radioterapia ambulatorial, usando a estrutura do PN.	Maior satisfação com o trabalho, mais autonomia e responsabilidade e melhores relações de trabalho com a equipe médica. Planejamento antecipado dos cuidados. Continuidade do cuidado. Melhoria no atendimento ao paciente. Maior contato com o paciente. Envolvimento de pacientes/familiares no tratamento. Comunicação ineficaz com a equipe multiprofissional.

2011 Estados Unidos da América. Journal of Nursing Management, 2011, 19, 998–1011	Evaluating nurse staffing patterns and neonatal intensive care unit outcomes using Levine's conservation model of nursing.	Linda C. Mefford, Martha R. Alligood	Explorar as influências da intensidade dos cuidados de enfermagem e a consistência dos cuidadores de enfermagem em saúde e resultados econômicos usando o Modelo de Conservação de Enfermagem de Levine como o quadro teórico orientador.	Aumento da satisfação da equipe de enfermagem, pacientes e familiares. Pacientes mais graves com menos rotatividade de enfermeiros. Menor tempo de internação.
2011 China. Contemp Nurse. 2011 Feb; 37 (2): 149-59.	Continuous primary nursing care increases satisfaction with nursing care and reduces postpartum problems for hospitalized pregnant women	Hongwei Wan, Sengi Hu, Marshelle Thobaben, Yanwen Hou, Tao Yin	Comparar as diferenças na prática de cuidados do PN versus cuidados de enfermagem centrados na tarefa, no que diz respeito à satisfação do paciente com cuidados de enfermagem e problemas de saúde pós-parto precoce para gestantes hospitalizadas	Satisfação geral. Mais conhecimentos sobre o aleitamento materno, menor de retenção urinária e menor desconforto na mama.
2007 Austrália. Journal of Clinical Nursing 16,194–202 ou J Clin Nurs. 2007 Jan; 16 (1): 194-202.	Co-ordination of the discharge planning process in critical care	Rosemary Watts, Jane Pierson, Heather Gardner	Explorar as percepções dos enfermeiros de cuidados intensivos e a compreensão do processo de planejamento de alta no sistema de saúde.	Pouca prática de coordenação de alta realizada pelo enfermeiro de referência.
2007 Finlândia. Journal of Nursing Management, 2007, 15, 197–206	Hospitals' organizational variables and patients' perceptions of individualized nursing care in Finland.	Riitta Suhonen, Maritta Välimäki, Jouko Katajisto, Helena Leino-Kilpi	Examinar a associação entre fatores estruturais e organizacionais hospitalares e percepções dos pacientes sobre cuidados individualizados.	Melhor modelo para individualizar o atendimento ao paciente. Características individuais em situação clínica e controle decisional dos cuidados.

2004 Finlândia. Scand J Work Environ Health 2004;30(6) :468–476.	Sickness absence and the organization of nursing care among hospital nurses.	Mika Kivimäki, Arja Mäkinen, Marko Elovainio, Jussi Vahtera, Marianna Virtanen, Jenny Firth-Cozens	Examinar se o PN está associado a mais baixas taxas de ausência de doença do que a Enfermagem de equipe	PN não está associado com menores níveis de ausência de doenças tratadas com medicamentos.
2004 Israel. Blackwell Publishing Ltd, Journal of Advanced Nursing, 2004, 45(1), 7–16	Primary nurses' performance: role of supportive management.	Anat Drach-Zahavy	Examinar o impacto do PN no desempenho de enfermeiras; testar o impacto de dois fatores de processo, suporte de supervisor e a percepção de custos de busca de apoio e Processar variáveis em um modelo abrangente que prevê o desempenho de enfermeiros do PN	O PN por si só não tem um impacto direto sobre a qualidade da assistência.
2003 Finlândia. Journal of Nursing Management, 2003, 11, 299–306	Organization of nursing care as a determinant of job satisfaction among hospital nurses	Arja Mäkinen, Mika Kivimäki, Marko Elovainio, Marianna Virtanen, Senga Bond.	Examinar a relação entre métodos de organização de enfermagem e satisfação dos funcionários	Satisfação maior com o PN comparado a outros modelos.
1997 Holanda. Int J Nurs Stud. 1997 Apr; 34 (2): 93-102.	Primary nursing and quality of care: a Dutch study	J. M. J. F. Nissen, N. P. G. Boumans, J. A. Landeweerd	Comparar os resultados de qualidade de atendimento de um grupo de PN e um grupo experimental com início tardio.	Não houve relação significativa entre o PN e melhora no cuidado.

1989 Canada. J. Nurs. Stud.. Vol. 26. No. I. PP. I-13. 1989. Printed in Great Britain.	A comparison of primary nursing and team nursing in a geriatric long-term care setting	Norma M. Wilson, Pam Dawson	Avaliar a enfermagem primária e em equipe Em duas unidades geriátricas	Menos agitação dos pacientes e melhora no bem-estar. Melhora dos registros de Enfermagem. Cuidados de enfermagem coerentes. Continuidade do cuidado. PN preferido pelos enfermeiros.
1988 Estados Unidos da América. Nursing Economics [0746-1739] Mccausland, M P yr:1988 vol:6 iss:6 pg:297 - 301	Primary nursing in a psychiatric setting.	Mauren P. McCausland, Rebecca J. Persing, Marylou Kiley	Avaliar a diferença entre a duração média da permanência, o número de admissões, as horas de enfermagem trabalhadas e os equivalentes de enfermagem em tempo integral pré e pós-implementação do PN em um serviço psiquiátrico agudo	Menor tempo de internamento dos pacientes, menor custo. Diminuição da carga horária de Enfermagem

FONTE: A autora (2017).

Os resultados dos artigos trazem evidências científicas a respeito da implementação do *Primary Nursing* como modelo de Enfermagem em instituições hospitalares internacionais. Houveram estudos multicêntricos e realizados em setores específicos como clínicas médicas, clínicas cirúrgicas, unidades de terapia intensiva (UTI) para adultos e para neonatos, berçário, ortopedia, radioterapia, unidade de emergência, obstetrícia, geriatria, setores para tratamento psiquiátrico e unidade de oncologia/hematologia e transplante de medula óssea pediátricos.

Dos 15 artigos analisados, sete abordaram somente questões positivas favorecidas pelo modelo, quatro artigos apresentaram questões negativas ou neutras e quatro artigos abordaram tanto questões positivas quanto negativas.

Dentre as questões positivas proporcionadas pela implementação do *Primary Nursing,* os estudos citaram que os cuidados de Enfermagem são prescritos de forma organizada e antecipada, respeitando a individualidade dos pacientes e resultando em cuidados com continuidade em maior segurança. (NADEAU et al., 2017; FERRUA et al., 2016; ROSE; YATES, 2013; SUHONEN et al., 2007).

Os estudos mostram que a forma como o cuidado de Enfermagem é organizado, planejado e executado com o *Primary Nursing*, fez com que a satisfação no trabalho fosse maior, os profissionais tivessem mais oportunidades de crescimento profissional e permanecessem por mais tempo empregados nas instituições. Os enfermeiros apresentaram estresse menor comparado a outros modelos, como com o modelo de equipes ou com o modelo de tarefas, pois conheciam melhor os pacientes e realizavam o trabalho com mais autonomia e responsabilidade (RANTANEN et al., 2016; ROSE; YATES, 2013; MEFFORD; ALLIGOOD, 2011; MÄKINEN et al., 2003, WILSON; DAWSON, 1989).

Os profissionais de Enfermagem se reconhecem como referência para os pacientes e nos casos mais graves ou de pior prognóstico, os enfermeiros do *Primary Nursing* foram cuidados por menos enfermeiros, ou seja, houve menor rotatividade de profissionais em relação aos pacientes (FERRUA et al., 2016; MEFFORD; ALLIGOOD, 2011).

Estudos revelam que os pacientes e familiares preferem ser cuidados pela mesma enfermeira e percebem que, com o *Primary Nursing*, o contato entre eles e os enfermeiros é maior, consequentemente as relações ficam mais próximas. Dessa forma, os pacientes observam que as suas particularidade e características são consideradas, sentem-se inseridos no tratamento e tem maior autonomia e controle sobre a decisão dos seus cuidados (NADEAU et al., 2017; ROSE; YATES, 2013; SUHONEN et al., 2007).

Além dos pontos positivos citados acima, os estudos relatam que pelo fato dos profissionais de enfermagem formarem uma equipe fixa de atendimento e cada paciente ter um enfermeiro de referência responsável pelos cuidados, há o aumento da confiança, o estabelecimento de vínculo e o reconhecimento do enfermeiro como um profissional com conhecimento e responsável pelas informações do paciente (NADEAU et al., 2017, FERRUA et al., 2016; ROSE; YATES, 2015).

Assim, os pacientes e familiares relatam que com o *Primary Nursing* a assistência de Enfermagem é melhor e consequentemente sentem-se mais satisfeitos (NADEAU et al., 2017; ROSE; YATES, 2015; ROSE; YATES, 2013; MEFFORD; ALLIGOOD, 2011; WAN et al., 2011).

Três artigos relataram a melhora clínica dos pacientes após a implementação desse modelo. Um desses estudos foi realizado em uma unidade de obstetrícia e evidenciou que as puérperas tiveram menos complicações pós-parto, estavam melhor

informadas e mais propensas ao aleitamento materno. O outro estudo mostrou com indicadores de intensidade de cuidados de Enfermagem em uma UTI neonatal que o tempo de ventilação mecânica, oxigenoterapia e nutrição parenteral eram menores devido a assistência de enfermagem efetiva e o outro estudo que foi realizado em uma unidade geriátrica demonstrou que os pacientes apresentavam menos agitação e referiam melhora no bem-estar (WAN et al., 2011; MEFFORD; ALLIGOOD, 2011; WILSON; DAWSON, 1989).

Em relação às instituições hospitalares, os estudos apontam que com o *Primary Nursing,* houve melhora nos registros de enfermagem de forma geral, as prescrições de Enfermagem eram coerentes de acordo com as necessidades dos pacientes, o tempo de internação dos pacientes e a carga horária de Enfermagem eram menores, consequentemente, menor custo para as instituições (MEFFORD; ALLIGOOD, 2011; WILSON; DAWSON, 1989; McCAUSLAN; KILEY, 1988).

Dentre os fatores negativos ou dificuldades evidenciadas com a implementação do modelo, os estudos de Ferrua et al. (2016) e Rantanen et al. (2016) apontam que há uma burocratização excessiva, maior carga de trabalho, resultando em maior estresse principalmente do enfermeiro de referência que é o responsável pelo planejamento do plano de cuidados do paciente.

Em relação às equipes de trabalho, os estudos demostram que houve conflitos e menor satisfação em relação aos supervisores e membros da equipe de assistência, pois os enfermeiros de referência sentem-se sobrecarregados e dependem da colaboração dos demais enfermeiros para que seja colocado em prática a continuidade do cuidado e dependem da colaboração dos supervisores para as questões burocráticas (FERRUA et al., 2016; RANTANEN et al., 2016).

Outra dificuldade evidenciada entre as equipes foi a comunicação ineficaz na ausência do enfermeiro de referência. Informações se perdiam porque os demais membros da equipe de enfermagem e multidisciplinar não tinham o esclarecimento que o enfermeiro de referência não é o único detentor das informações dos pacientes (ROSE; YATES, 2013).

A respeito da relação com os pacientes e familiares, o estudo de Nadeau et al. (2017) mostrou que os enfermeiros evitam escolher pacientes com comportamento difícil ou os que tenham mal prognóstico, pela dificuldade em manter o equilíbrio profissional e pelo sofrimento que a relação próxima e contínua pode gerar nesses casos.

Conhecer o paciente e acompanhá-lo durante todo o período de hospitalização não fez com que os enfermeiros de referência fossem reconhecidos como responsáveis ou tivessem destaque no planejamento de alta dos pacientes do estudo de Watts, Pierson e Gardner (2007), pelo contrário, os dados do estudo mostraram que os enfermeiros do *Primary Nursing* tinham pouca prática na realização dessa atividade.

Os estudos considerados com resultados neutros afirmam que o *Primary Nursing* quando avaliado isoladamente não apresenta impacto sobre a qualidade da assistência e não esteve associado a menores índices de ausência por doença dos trabalhadores de Enfermagem (KIVIMÄKI et al., 2004; DRACH-ZAHAVY, 2004; NISSEN; BOUMANS; LANDEWEERD, 1997).

Este capítulo mostra que a implantação do *Primary Nursing* como modelo de Enfermagem pode beneficiar hospitais, enfermeiros, pacientes e familiares. No entanto, há dificuldades que precisam ser trabalhadas e melhoradas, pois o modelo por si não garante haverá melhora na qualidade da assistência. Uma das limitações da revisão foi a escassez de estudos sobre a temática, bem como a dificuldade de encontrar nas bases de dados estudos brasileiros.

4 METODOLOGIA

O presente estudo tem como objeto de pesquisa o processo de cuidado de Enfermagem realizado no STMO com a aplicação do modelo *Primary Nursing.*

Por se tratar da pesquisa associada à prática de Enfermagem optou-se por trabalhar com a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) de abordagem qualitativa.

> Na modalidade metodológica da PCA, a primazia está voltada a situações presentes na prática assistencial, definidas como problemas de pesquisa, no interesse proposital do pesquisador em uma construção coletiva em busca de compor uma inovação no processo assistencial (PAIM; TRENTINI; SILVA, 2015, p. 200).

4.1 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospital de Clínicas (CHC) da Universidade Federal do Paraná (UFPR) em janeiro de 2016 e aprovado em 08 de abril de 2016, com o número de registro número 52448316.5.0000.0096 e parecer número 1.484.379 (Anexo 1). Além disso, seguiu os padrões sugeridos pela resolução 466/2012, frente ao direcionamento de somente ser iniciado após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo participante. (Apêndice 1).

Os participantes foram enfermeiros e técnicos em Enfermagem lotados no STMO, assegurados de que poderiam desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. O anonimato está preservado por meio de codificação alfanumérica, representados pela letra E os enfermeiros e pelas letras TE os técnicos em Enfermagem, seguidos do número 1 ao 16 para enfermeiros e 1 ao 3 para os técnicos em Enfermagem, de forma aleatória. Exemplo: E1; TE1.

Os objetivos da pesquisa, método, vantagens e desvantagens foram previamente fornecidos ao profissional de Enfermagem ao ser convidado para participar da pesquisa.

As informações obtidas tiveram apenas por finalidade esta pesquisa e as publicações que dela resultarem. Estas serão arquivadas e armazenadas exclusivamente pela pesquisadora em arquivo digital, por pelo menos cinco anos. Os aspectos éticos seguidos durante a pesquisa estão descritos no TCLE.

4.2 TIPO DE PESQUISA

A PCA foi desenvolvida pelas enfermeiras doutoras Mercedes Trentini e Lygia Paim, inspirada na pesquisa-ação e no processo de Enfermagem, sendo lançada em 1.999. Desde então mobiliza serviços de saúde e centros de pesquisa brasileiros, sendo acompanhada e aperfeiçoada pelas autoras de forma crítica e contínua (ELSEN, 2014).

Para Trentini e Paim (2004a), esta metodologia abrange a proximidade e o afastamento da prática assistencial, podendo ser empregada para pesquisas na Enfermagem e nas demais profissões que envolvem a prática profissional e a comunidade.

> Caracteriza-se como um delineamento dual: por um lado, se diferencia de outros tipos de pesquisa por ser específico ao propor o desenvolvimento de conhecimento técnico/tecnológico para a minimização de problemas, introdução de inovações e mudanças na prática assistencial e, por outro, de requerer a imersão do pesquisador na assistência. (PAIM; TRENTINI, 2014, p. 21).

Tem por objetivo reconsiderar a prática assistencial e os seus problemas, os quais demandam, por vezes soluções procedentes da pesquisa, e não somente soluções repetitivas em rotinas, improvisos ou descobertas emergenciais (PAIM; TRENTINI; SILVA, 2015).

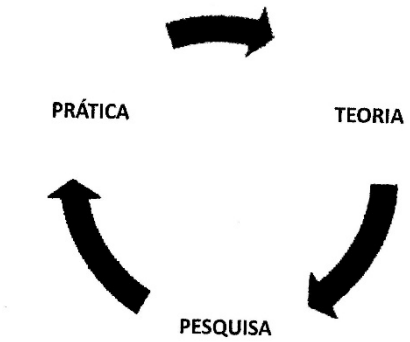
Segundo a concretude de mudanças e as inovações suscitadas na prática assistencial por esse método de pesquisa abrangem as áreas de gerência, processos, técnica, teoria, emoções e comportamentos durante o percurso da pesquisa. Estas são características específicas da PCA, a qual se diferencia de outros métodos com base nos seus pressupostos e conceitos (PAIM; TRENTINI; SILVA, 2015).

Os pressupostos da PCA apontam que no campo da prática assistencial há inúmeros fenômenos a serem descobertos, com questões para estudos e pesquisas. Esse campo não é considerado apenas um ambiente do fazer, mas também do pensar, desenvolver e testar teorias por meio da pesquisa científica, para isso é necessário o compromisso dos profissionais em inserir a pesquisa nas atividades assistenciais. Sendo assim o profissional de saúde é um potencial pesquisador de

questões que fazem parte do seu cotidiano, com a possibilidade da crítica e da intelectualidade na realização do trabalho (PAIM; TRENTINI, 2014).

Na figura 2, encontra-se representada a relação entre a teoria, a prática e a pesquisa no campo assistencial.

FIGURA 2 – REPRESENTAÇÃO DA TRAJETÓRIA CIRCULAR ENTRE TEORIA, PRÁTICA E PESQUISA



FONTE: Paim, Trentini e Silva (2015).

A convergência[6] é o conceito essencial da PCA, pois firma o compromisso da justaposição da prática assistencial com a pesquisa, ou seja, os processos da assistência e da investigação científica a fim de realizar mudanças e inovações no âmbito assistencial.

Lacerda et al. (2008) corroboram afirmando que a PCA não se concretiza unicamente em prestar a assistência, mas relaciona-se intimamente com o objetivo de solucionar problemas, realizar mudanças e inovar o contexto social.

As fases que compõem a PCA ocorrem de forma consecutiva, inter-relacionada e não obrigatoriamente linear. São elas: concepção, instrumentação, perscrutação e análise. (TRENTINI; PAIM, 2004b; TRENTINI, 2014).

4.2.1 Fase da concepção

A fase de concepção deve ser construída com reflexões, decisões, revisão de literatura, pois desta dependem todas as outras fases. É o momento de denominar o

[6] "O conceito de convergência na Pesquisa Convergente Assistencial assemelha-se a uma hélice que tem a propriedade de fazer a junção das ações de assistência com as de pesquisa no mesmo espaço físico e temporal" (PAIM; TRENTINI, 2014, p. 23).

problema de pesquisa, o qual consiste na síntese do conhecimento sobre o tema de pesquisa (TRENTINI, 2014).

A aproximação do tema surgiu da vivência da pesquisadora com o campo de pesquisa, após a observação empírica de que a assistência de Enfermagem prestada ao paciente submetido ao TCTH no STMO em que atua, é realizada de maneira fragmentada, com falhas na continuidade dos cuidados prestados devido ao rodízio frequente na escala de profissionais de Enfermagem, resultando em pouco vínculo destes profissionais com os pacientes e cuidadores.

O quadro 2 apresenta um esquema específico com as etapas da fase de concepção da PCA relacionadas ao objeto da pesquisa.

QUADRO 2 – DESDOBRAMENTO DA FASE DE CONCEPÇÃO DA PCA

Passos	**Atividades**	**Pesquisa: *Primary Nursing* como modelo de Enfermagem para o STMO**
1	O que pesquisar?	O cuidado de Enfermagem realizado no STMO com a experiência do modelo *Primary Nursing*.
2	O que não está bem na prática assistencial? O que poderia ser modificado?	Exemplos: a continuidade do cuidado de Enfermagem no STMO e o Processo de Enfermagem.
3	Apoio na literatura associada ao tema	Livros e artigos.
4	Envolver a estrutura organizacional e incentivar a equipe a participar do projeto	Apresentação do projeto de pesquisa à chefia administrativa e de Enfermagem do STMO e conversas informais sobre o tema da pesquisa com a equipe de Enfermagem.
5	Questão norteadora e objetivo que indiquem o tipo de mudança pretendida na prática assistencial	Questão norteadora: Como é o processo de cuidado de Enfermagem realizado aos pacientes submetidos ao TCTH com o modelo *Primary Nursing* no STMO? Objetivo: Propor o *Primary Nursing* como modelo para o cuidado de Enfermagem a pacientes submetidos ao TCTH.
6	Justificar a escolha do tema	O modelo *Primary Nursing* compreende os cuidados de Enfermagem realizados de forma individualizada, integral e sequencial.
7	Com que suporte teórico e metodológico?	*Primary Nursing*, PCA e análise por Creswell
8	Onde pesquisar?	Setor de internamento do STMO
9	Com quem?	Equipe de Enfermagem do STMO

10	Fusão das ações de assistência e ações de pesquisa	Realizar os cuidados de Enfermagem fundamentados no *Primary Nursing*

FONTE: Adaptado de Trentini (2014).

4.2.2 Fase de instrumentação

É a fase que consiste na decisão dos procedimentos mais detalhados para a realização da pesquisa. Compreende a escolha do espaço físico, dos participantes da pesquisa, da negociação da proposta, a decisão pelos instrumentos e técnicas de coleta de dados, bem como a realização da observação participante e as discussões em grupo (TRENTINI, 2014).

4.2.2.1 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em um Hospital Universitário do Sul do Brasil, que teve suas atividades iniciadas em 1912. Possui 60.473 metros quadrados de área construída, capacidade para 643 leitos, distribuídos em 59 especialidades e a equipe profissional conta com 3.113 funcionários. O STMO, com mais de 30 anos de experiência, é referência mundial e conta com a realização de quase 2.000 transplantes (HOSPITAL DE CLÍNICAS – UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2015).

A capacidade física do STMO internação é de 24 leitos, divididos em três alas, A, B e C, sendo divido em atendimento para adultos e crianças. No entanto, por situações diversas, na época que se realizou essa pesquisa a capacidade de atendimento era de 14 leitos, sete leitos para a pediatria e sete leitos para adultos.

A equipe de Enfermagem do STMO é composta por 52 profissionais, dentre eles uma enfermeira supervisora, uma enfermeira chefe, 41 enfermeiros assistenciais, três auxiliares de Enfermagem e seis técnicos em Enfermagem (sendo que um deles tem atividade exclusiva de cuidar dos materiais e auxiliar o preparo de medicamentos na câmara de fluxo laminar[7]).

[7] No período noturno não há um enfermeiro exclusivo para o preparo dos medicamentos. Os medicamentos com estabilidade são preparados pelo turno vespertino, os demais são preparados pelo profissional responsável pelo paciente.

Há características específicas da organização da assistência de Enfermagem na unidade de internação do STMO, como o dimensionamento de pessoal em que cada profissional de Enfermagem cuida de um a três pacientes, prevalecendo o cuidado prestado a dois pacientes por plantão. Os cuidados de Enfermagem são realizados por enfermeiros assistenciais, técnicos e auxiliares de Enfermagem, sendo que os enfermeiros assumem os pacientes de maior complexidade, realizam o TCTH, participam da coleta de medula óssea em centro cirúrgico e fazem o Processo de Enfermagem. A maioria dos pacientes em terapia intensiva permanecem internados no STMO e o cuidado de Enfermagem indireto ao paciente realizado por enfermeiros no preparo de medicamentos em câmara de fluxo laminar, há profissionais que auxiliam o preparo dos medicamentos ou são responsáveis pelo cuidado com os materiais do setor[8]. Priorizam-se que as atividades de auxiliar de fluxo laminar (abertura de materiais esterilizados, desinfecção de frascos e ampolas, reposição de materiais, acondicionamento de medicamentos) e organização dos insumos, envio de exames aos laboratórios, busca de hemocomponentes e hemoderivados no serviço de hemoterapia sejam realizadas por técnicos ou auxiliares de Enfermagem, no entanto, na falta desses profissionais é realizada por enfermeiros.

4.2.2.2 Participantes da pesquisa

Para alcançar os objetivos propostos, a pesquisa contou com profissionais de Enfermagem que atuam na assistência de Enfermagem direta ao paciente submetido ao TCTH, lotados na Unidade de Internação do STMO.

Os critérios de inclusão dos participantes: profissional de Enfermagem que atue na assistência direta ao paciente submetido ao TCTH.

Os critérios de exclusão dos participantes: profissional de Enfermagem com menos de três meses de atuação no STMO.

Aceitaram participar da pesquisa 26 profissionais, no entanto, por afastamento para tratamento de saúde, férias, greve, transferência de setor ou desistência, ao final, participaram 17 enfermeiras e três técnicas em Enfermagem, totalizando 20 profissionais e o período de experiência no STMO variou de três meses a 25 anos.

[8] No turno matutino a profissional responsável pelos materiais não pertence ao quadro de Enfermagem, no entanto, na sua falta, suas atividades são repassadas aos profissionais de Enfermagem. No noturno, não há um profissional exclusivo para essa função, sendo assim a atividade é partilhada entre todos os profissionais de Enfermagem.

4.2.2.3 Negociação da proposta

> O processo de mudança e/ou inovações em um espaço coletivo de assistência de Enfermagem caracteriza-se como trabalho coletivo e, portanto, o pesquisador de PCA não poderá sozinho concretizar mudanças naquele espaço. Deste modo, o pesquisador precisa negociar o projeto de mudança/inovação com os participantes que se comprometerem com a continuidade da concretude das mudanças na assistência (TRENTINI, 2014, p. 35).

Para a realização dessa etapa, primeiramente foi discutido com a chefia imediata de Enfermagem do STMO e com alguns enfermeiros assistenciais de forma informal sobre o tema *Primary Nursing*. Tendo recebido apoio e aprovação destes, foi apresentado o projeto de pesquisa para a chefia imediata de Enfermagem, para a supervisão de Enfermagem da Unidade de Transplante, Oncologia e Hematologia (UTOH) e para a chefia da UTOH, sendo aprovado e liberado por estas profissionais.

Para a negociação com os profissionais participantes da pesquisa foram realizadas as discussões em grupo, descritas as seguir.

4.2.2.4 Discussão em grupo

Com o objetivo de sensibilizar a equipe sobre o tema da pesquisa, propor a experiência com o modelo *Primary Nursing* e convidá-los a participar da pesquisa, foi realizada a atividade em grupo.

Segundo Afonso (2013a, p. 27), “grupo é um conjunto de pessoas unidas entre si porque se colocam objetivos e/ou ideais em comum a se reconhecem interligadas por esses objetivos e/ou ideias.”

Dentre as metodologias de trabalho com grupos na área da saúde, encontra-se a oficina. Esta é uma prática de intervenção focalizada em torno de uma questão central, sendo a elaboração organizada de forma estruturada, a qual contemple não somente a reflexão racional, mas o envolvimento dos sujeitos de maneira integral, incluindo as formas de pensar, sentir, agir e com as vivências e os significados afetivos em torno do tema discutido (AFONSO; COUTINHO, 2013).

Para a construção das oficinas foram seguidos os itens propostos por Afonso (2013b), ou seja: tema e análise da demanda, foco, temas geradores, enquadre,

planejamento flexível, sequência e organização dos encontros e recurso às técnicas de dinamização em grupo.

Tema e análise da demanda: para propor o tema da oficina é necessário que os profissionais de saúde avaliem a existência de uma necessidade de saúde que, a seu ver, poderia ser atendida com o trabalho em grupo e a análise da demanda consiste na interpretação da necessidade de uma situação e na proposta de respondê-la com uma ação (AFONSO, 2013b).

Foco: é o tema geral da oficina, em torno do qual o trabalho será realizado (AFONSO, 2013b).

Temas geradores: motivações para serem levantadas questões, informações, expressar sentimentos e fazer associações. Buscar equilíbrio em torno dos temas é um fator importante, não é necessário que cada encontro tenha apenas um tema, no entanto, é importante não trazer muitos assuntos para serem discutidos, pois podem ocasionar confusão e estresse (AFONSO, 2013b).

Enquadre: verificar as *c*ondições institucionais, pois estas podem determinar o tempo de duração do encontro, o número e o tipo de participantes, local, recursos, número de encontros, entre outros. Este item deve facilitar a interação entre os participantes, a troca de experiências, a disponibilidade e a relação com o coordenador (AFONSO, 2013b).

Planejamento flexível: o coordenador prepara-se para a ação e a condução da oficina, no entanto, precisa fluir com o grupo, aceitar modificações e reajustar o planejamento inicial, os conteúdos e técnicas, a fim de alcançar os objetivos almejados e sem esquecer o foco do trabalho (AFONSO, 2013b).

Sequência e organização dos encontros: dependerão do foco e das condições de realização. Se, no primeiro momento, foi necessário sensibilizar os participantes e prepará-los para receberem a informação, no segundo momento, a informação deve ser recontextualizada (AFONSO, 2013b).

Recurso às técnicas de dinamização em grupo: favorecem a sensibilização, a expressão e o diálogo, devem ser tomadas com o objetivo de expandir o conhecimento no grupo e auxiliar a interação (AFONSO, 2013b).

Sendo assim, a organização das oficinas ocorreu conforme os itens orientados por Afonso (2013b), como consta nos quadros a seguir.

QUADRO 3 – OFICINA A: SENSIBILIZAÇÃO E APRESENTAÇÃO DO *PRIMARY NURSING*

Itens propostos por Afonso para a construção das oficinas (2013, p. 133-144).	**Pesquisa: *Primary Nursing* como modelo de Enfermagem para o STMO**
Tema e análise da demanda	Sensibilização e apresentação do PN. "A implementação do PN não deverá ser imposta pela equipe diretiva, devendo contar com o envolvimento da equipe de Enfermagem da Unidade, que deverá participar do planejamento e tomadas de decisões." (MARX, 2006, p. 173).
Foco	A assistência de Enfermagem vigente e a proposta do modelo PN.
Temas geradores	Apresentação individual. Experiências como profissional de Enfermagem no STMO, apresentação do modelo PN, como sugerido por Manthey (2014b) e Manthey (2014c) e o convite à participação da pesquisa.
Enquadre	Sala de reuniões da ala B do STMO, do dia 02 ao dia 04 de junho, nos turnos matutino, vespertino e noturno. Foram convidados todos os profissionais de Enfermagem que atuam na assistência direta ao paciente submetido ao TCTH e a chefia de Enfermagem. O tempo de duração previsto foi de 30 minutos a uma hora.
Planejamento flexível	Foram realizadas dez oficinas durante os quatro dias, a fim de oportunizar a participação dos profissionais em seus horários de trabalho.
Recurso às técnicas de dinamização em grupo	Realizado o diálogo em grupo, a escrita nos papéis, a apresentação em *Power Point* (vide apêndice 2) e o vídeo.

FONTE: A autora (2016).

Em um segundo momento, foram realizadas as oficinas B, denominadas: "Passo a passo do modelo *Primary Nursing*", nas quais os itens seguidos constam no quadro 4.

QUADRO 4 – OFICINA B: PASSO A PASSO DO MODELO *PRIMARY NURSING*

Itens propostos por Afonso para a construção das oficinas (2013).	**Pesquisa: *Primary Nursing* como modelo de Enfermagem para o STMO**
Tema e análise da demanda	"A compreensão do PN pelos envolvidos é muito importante, pois a aceitação apenas superficial ou manifestações de resistências sem argumentos, representam atitudes que poderão interferir no desenvolvimento do processo" (MARX, 2006, p. 174).

Foco	Descrição do modelo *Primary Nursing.* Desenvolvimento das atribuições dos enfermeiros de referência associados e extensores. Divisão da escala de trabalho. Verificado preferências/ habilidades por cuidar de crianças ou adultos e a divisão dos leitos para o processo de Enfermagem
Enquadre	Sala de reuniões da ala B do STMO, do dia 25 de agosto ao dia 08 de novembro, nos turnos matutino, vespertino e noturno. Os profissionais foram convidados para a oficina por e-mail, informativo fixado no mural dos postos de Enfermagem e pessoalmente. Entregue o TCLE aos profissionais que aceitaram participar. Sala de reuniões do STMO. Turnos matutino, vespertino e noturno. Duração de aproximadamente uma hora.
Planejamento flexível	As oficinas foram repetidas para que todos que desejaram fazer parte da pesquisa fossem informados sobre a implantação do modelo PN. O tempo de duração foi de aproximadamente uma hora.
Sequência e organização dos encontros	Momento inicial com a retomada do objetivo e justificativa da pesquisa, momento intermediário para a explanação dos temas geradores e momento final para o esclarecimento de dúvidas e direcionamentos.
Recurso às técnicas de dinamização em grupo	Realizado diálogo em grupo e apresentação em *Power Point* (Vide apêndice 3).

FONTE: A autora (2016).

E a partir da aplicação do modelo foram realizadas as oficinas C denominadas acompanhamento do modelo *Primary Nursing,* conforme os itens apresentados o quadro 5.

QUADRO 5 – OFICINA C: ACOMPANHAMENTO DO MODELO *PRIMARY NURSING*

Itens propostos por Afonso para a construção das oficinas (2013).	**Pesquisa: *Primary Nursing* como modelo de Enfermagem para o STMO**
Tema e análise da demanda	Acompanhamento do modelo *Primary Nursing*. É necessário “reavaliar periodicamente o processo por meio de reuniões em equipe para o esclarecimento de dúvidas, correção de postura e aplicação de conhecimentos.” (MARX, 2006, p. 175).

Foco	Discussão em grupo sobre o cuidado de Enfermagem no STMO com a experiência da prática do PN. "Conversas e discussões entre membros da equipe devem ser incentivadas. As diferenças de opinião, interpretação, valores e significados são oportunidades úteis de crescimento e aprendizagem." (MANTHEY, 2014c. p. 59).
Temas geradores	Pontos positivos, desafios, a relação com o paciente, acompanhantes equipe de Enfermagem e multiprofissional e a SAE.
Enquadre	As oficinas foram realizadas do dia 15 de setembro ao dia 20 de dezembro. Sala de reuniões do STMO. Turnos matutino, vespertino e noturno. Duração: no máximo uma hora.
Planejamento flexível	Os profissionais foram convidados para a oficina por *e-mail* e pessoalmente. A periodicidade foi aproximadamente de 15 dias para que todos que estivessem aplicando o modelo pudessem participar, dividir experiências e discutir com o grupo.
Recurso às técnicas de dinamização em grupo	Diálogo em grupo e discussão de capitulo de livro sobre o tema em apresentação em *Power Point* (Vide apêndice 4).

FONTE: A autora (2016).

As oficinas de *"S*ensibilização e apresentação do *Primary Nursing*" foram repetidas 10 vezes, as oficinas "Passo a passo do modelo *Primary Nursing*" foram repetidas nove vezes e as oficinas de "Acompanhamento do modelo *Primary Nursing*" foram repetidas 19 vezes, totalizando 38 oficinas realizadas.

Os participantes bem como a pesquisadora receberam respectivamente um certificado de participação e de instrução em educação em serviço fornecido pela Comissão de Educação Permanente em Enfermagem (CEPen) do CHC da UFPR. A descrição detalhada de cada oficina consta no apêndice 5.

4.2.2.5 Observação participante

Na PCA a observação é de forma completa, ou seja, a observação participante, pois um dos conceitos que sustentam esse método de pesquisa é a imersibilidade[9] do pesquisador, o qual insere-se e envolve-se com a prática assistencial e familiariza-se com o contexto estudado (TRENTINI, 2014).

[9] Imergir: "Adentrar; introduzir em algum local ou em alguma coisa." (DICIONÁRIO ON-LINE DE PORTUGUÊS, 2016).

A pesquisadora fez parte das equipes que utilizaram o modelo *Primary Nursing,* atuou como enfermeira clínica, sendo assim, teve a escala de trabalho fixada em determinados pacientes desde o internamento até a alta, transferência ou óbito e esteve presente em turnos fora do seu horário de trabalho, realizar as oficinas e para acompanhar e observar a implantação do *Primary Nursing.*

A finalidade da imersão do pesquisador no campo de assistencial justifica-se pela necessidade de negociação das mudanças, favorecendo assim questões fundamentais com o diálogo e o compartilhamento (PAIM; TRENTINI; SILVA, 2015).

A observação participante iniciou dia 31 de agosto de 2016 e foi finalizada no dia 21 de dezembro do mesmo ano. Os registros foram feitos em diário de campo da pesquisadora, no qual os itens registrados foram: data, nome do paciente, equipe de Enfermagem que prestou o cuidado, processo de Enfermagem, continuidade do cuidado, comunicação, relacionamentos e observações (Apêndice 6).

Os registros foram ao encontro das discussões realizadas nas oficinas e apresentas nas entrevistas, tanto em relação às facilidades e melhorias no cuidado de Enfermagem quanto em relação às dificuldades. Os registros no diário de campo e observação participante favoreceram o estabelecimento de estratégias para a comunicação e esclarecimentos de dúvidas da equipe de Enfermagem participante e não participante da pesquisa. A comunicação e o esclarecimento de dúvidas eram realizados pessoalmente ou por *e-mail*, com o apoio da chefia de Enfermagem do STMO (Apêndice 7).

4.2.2.6 Instrumentos e técnicas de coleta de dados

Após a alta, transferência ou óbito dos pacientes foi realizada uma entrevista semiestruturada áudio gravada em celular, com os profissionais que haviam assinado o TCLE e que tiveram a experiência com o modelo pesquisado realizando o processo de cuidado para dois pacientes.

A coleta de dados na fase da entrevista com os profissionais de Enfermagem ocorreu nas dependências do STMO (Apêndice 8).

4.2.3 Fase de perscrutação

A perscrutação[10] está estreitamente ligada às fases de instrumentação e de análise, pois é nessa fase que Trentini e Paim (2004b) orientam a estratégia para a obtenção de informações da pesquisa.

> O pesquisador necessita penetrar na realidade da prática assistencial e conseguir as reais intenções dos participantes em se envolverem nas mudanças e/ou inovação. Assim sendo, a perscrutação se caracteriza como uma procura de modo minucioso e profundo de condições de mudanças em todo o contexto da investigação: físico, técnico, tecnológico, científico, emocional, cultural, social, senso de ética, entre outros. Desse modo, a perscrutação na PCA ocorre quando informações requerem mais propriedade para tornar realidade as mudanças (TRENTINI, 2014, p. 46).

A fim de buscar o envolvimento dos participantes com as ações de mudanças propostas pelo modelo *Primary Nursing*, foram consideradas as características da assistência de Enfermagem do setor, citadas anteriormente no tópico "local da pesquisa".

> Não existe uma maneira específica e definitiva para a implementação do *Primary Nursing*, pois inúmeros fatores e variáveis peculiares a cada cenário deverão ser avaliados como condições favoráveis ou não para a viabilização do projeto (MARX, 2006, p. 172).

Sendo assim, a distribuição da equipe da equipe de Enfermagem e a organização para a experiência com o modelo no STMO aconteceram da seguinte forma:

- Foram formadas equipes fixas para cada paciente, contendo um enfermeiro de referência, um enfermeiro associado e um enfermeiro clínico ou um extensor, para o turno do enfermeiro de referência, podendo ser matutino ou vespertino.
- Para os turnos do diurno que não eram do enfermeiro de referência havia equipes com três enfermeiros clínicos ou com dois enfermeiros clínicos

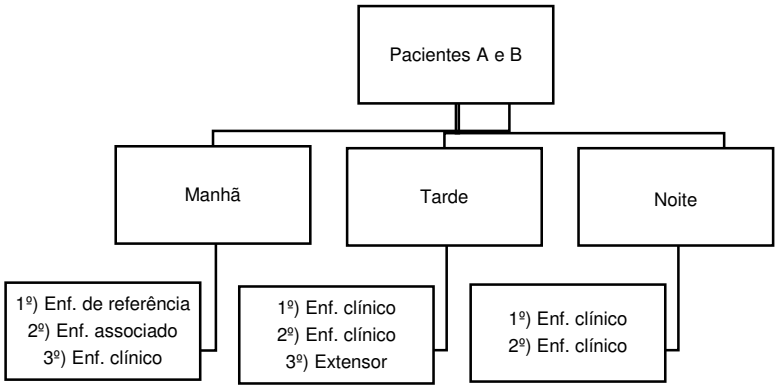
[10] Perscrutar: "Investigar ou averiguar de maneira minuciosa." (DICIONÁRIO ON-LINE DE PORTUGUÊS, 2016).

e um extensor. (Exemplo: caso o enfermeiro de referência seja do vespertino, a equipe do matutino terá essa formação).

- Para o noturno havia equipes com dois enfermeiros clínicos e outras com um enfermeiro clínico e um extensor.
- No quarto dos pacientes havia uma placa com o nome de cada profissional da equipe de Enfermagem responsável pelo paciente (Apêndice 9).

A figura 3 mostra um exemplo da proposta de distribuição da equipe de Enfermagem.

FIGURA 3 - EXEMPLO DA DISTRIBUIÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO STMO SEGUNDO A PERSPECTIVA DO MODELO PRIMARY NURSING.



FONTE: A autora (2016).

Embora o noturno seja formado por três equipes distintas, composta por 17 profissionais com escala de trabalho de 12x60, ou seja, 12 horas de trabalho por 60 horas de descanso, uma profissional com escala de 12x36, ou seja, 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso e devido à adesão de oito profissionais dos 18 que atuam nesse turno, optou-se por inserir na pesquisa uma noite por vez, a fim de facilitar a aproximação dos profissionais com os pacientes e familiares. Esta fase iniciou dia 31 de agosto de 2016 e foi finalizada em 20 de dezembro de 2016.

4.2.4 Fase de análise

Segundo Trentini e Paim (2004b), na PCA, a assistência, a coleta de dados e a análise deverão acontecer de forma simultânea, pois dessa forma a imersão do

pesquisador no campo será facilitado, poderá descobrir lacunas e refletir sobre todo o processo da pesquisa

As autoras acrescentam que pelo fato desse método de pesquisa investigar fenômenos da prática assistencial geralmente complexos e multifacetados, faz-se necessário a utilização de uma variedade de métodos e técnicas de análise (TRENTINI; PAIM, 2004b).

A proposta metodológica para a análise dessa pesquisa será qualitativa, segundo o referencial de John Creswell (2010).

> A investigação qualitativa emprega diferentes concepções filosóficas; estratégias de investigação; métodos de coleta, análise e interpretação de dados. (...) os procedimentos qualitativos baseiam-se em dados de texto e imagem, têm passos singulares na análise dos dados e se valem de diferentes estratégias de investigação (Creswell, 2010, p. 206).

Creswell (2010) lista as características da pesquisa qualitativa baseado nas perspectivas tradicionais, defensivas, participatórias e a autorreflexivas:

- Ambiente natural: A coleta de dados da pesquisa qualitativa tende a ser no campo/local em que o participante vivencia a questão problema.
- O pesquisador como instrumento: A coleta de dados é realizada pelo pesquisador qualitativo, não se baseiam em questionários ou instrumentos de outros pesquisadores.
- Múltiplas fontes de dados: Geralmente são coletadas múltiplas fontes de dados (entrevistas, observações, documentos). Após a análise de todas as informações, são extraídos os sentidos e organizados em categorias ou temas.
- Análise de dados indutiva: Os pesquisadores organizam os dados em unidades de informação por padrões, categorias e temas.
- Significado dos participantes: O foco principal da pesquisa qualitativa é mantido na aprendizagem do participante na questão ou problema.
- Lente teórica: Geralmente os pesquisadores qualitativos usam conceitos de cultura e gênero para as orientações teóricas, bem como a pesquisa pode ser organizada em torno da identificação social, política ou histórica da questão que está sendo estudada.

- Interpretativo: Os pesquisadores fazem a interpretação do que enxergam, ouvem e entendem.
- Relato holístico: Os pesquisadores tentam desenvolver um quadro complexo que envolve várias perspectivas e fatores envolvidos do problema ou questão estudados.

Em relação à análise e interpretação dos dados, Creswell (2010) afirma tratar-se de um processo no qual a reflexão ocorre continuamente com o objetivo de extrair profundamente o sentido dos dados do texto.

O autor orienta os passos para esse processo, no entanto afirma que embora sejam abordados de forma linear e hierárquica, na prática ocorrem de forma interativa e inter-relacionada (CRESWELL, 2010).

- **Passo 1:** organizar e preparar os dados para a análise inclui transcrever as entrevistas, digitar as anotações de campo, digitalizar o material ou separar os dados (CRESWELL, 2010).

Os dados das entrevistas foram gravados em meio eletrônico (celular), salvos em arquivo digital e transcritos na íntegra em *software Word*. Para garantir o anonimato, cada participante foi identificado por letras e números.

- **Passo 2:** ler todos os dados para obter a percepção geral das informações e refletir sobre seu significado por inteiro. (CRESWELL, 2010).
- **Passo 3:** realizar a análise detalhada com um processo de codificação e organização do material em blocos ou segmentos de texto, gerar uma descrição do local ou das pessoas e também das categorias ou temas para a análise. (CRESWELL, 2010).

Na PCA, segundo Trentini e Paim (2004b) a etapa de codificação pode ser realizada manualmente ou por recursos tecnológicos como os *softwares.*

Utilizar os *softwares* pode ser mais rápido e eficaz do que a codificação à mão, no entanto, o pesquisador ainda necessite realizar a leitura minuciosa do texto e atribuir códigos (TRENTINI; PAIM, 2004b).

Utilizamos para esse passo o auxílio do *software* gratuito e de fonte aberta, IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) o qual permite a análise sobre *corpus* textuais e dados textuais (CAMARGO; JUSTO, 2013).

A análise sobre *corpus* textual tem a finalidade de analisar textos, entrevistas, documentos, dentre outros. Compreende o *corpus* o texto e o segmento de texto. Sendo o *corpus* o conjunto de texto que se pretende analisar, o texto é cada entrevista e o segmento de texto são partes extraídas do texto de geralmente três linhas (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O software permite a análise de dados textuais composta por: análises lexicográficas clássicas, especificidades, Método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), análise de similitude e nuvem de palavras (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Nesse passo foi preparado o *corpus* textual para a análise, conforme a orientação de Camargo e Justo (2016). Primeiramente, todas as entrevistas transcritas foram salvas em um único arquivo no *LibreOffice*, em seguida cada entrevista foi separada com linhas de comando com asteriscos, por exemplo: **** *entrevista_01.

Após a preparação do *corpus* seguiu-se a orientação de revisar e corrigir todo o arquivo da seguinte forma: removidos os parágrafos, confirmado que o *corpus* não estava justificado, sem palavras em negrito ou itálico, digitada a sigla de Sistematização da Assistência de Enfermagem de forma uniforme e em letra minúscula: sae, digitados todos os verbos em forma de próclise, utilizado o dicionário de sinônimos para substituir as palavras que estavam em diminutivo, mantidos todos os números em algarismos arábicos. Por último observado se não haviam partes do *corpus* com os caracteres: aspas, apóstrofo, hífen, cifrão ou porcentagem.

Em seguida, o *corpus* foi salvo em pasta própria na área de trabalho do computador e salvo como “texto codificado” em “txt”, seguido das opções “conjunto de caracteres”, “quebra de parágrafo”, “Unicode (UTF-8)” e “LF”.

- **Passo 4:** Gerar temas ou categorias com base na codificação.

As classes foram geradas pelo *software* IRAMUTEQ seguindo as orientações de Camargo e Justo (2016): importado o *corpus,* definido os caracteres na função “uft-8 – all languages”, selecionado o idioma português. Confirmado ambas as opções para que fosse processada a importação dos dados. Em seguida, clicado em “análise de texto” e mantido o item “lematização” selecionado, pois assim o *software* utiliza as formas reduzidas das palavras encontradas nos dicionários para processar a análise. Por último, selecionadas “propriedades-chave” para eleger as palavras ativas e

suplementares a serem processadas na análise textual, pois os autores sugerem excluir, por exemplo, advérbios, artigos definidos, artigos indefinidos e preposições.

- **Passo 5:** Informar como a descrição e os temas serão representados.

Dentre as formas de representação dos dados textuais fornecidas pelo IRAMUTEQ, foram selecionadas a CHD e a nuvem de palavras, pois pelo método da CHD visa obter classes de segmentos de texto (ST) que apresentam vocabulário semelhante entre si e concomitantemente diferente dos ST das outras classes, calculando e fornecendo os ST característicos de cada classe. A nuvem de palavras foi selecionada por agrupar e organizar as palavras em função da frequência nos ST (CAMARGO; JUSTO, 2016).

Após a leitura do dendograma[11] gerado pelo IRAMUTEQ, foram explorados os dados da CHD identificando o conteúdo lexical de cada uma das classes da seguinte forma: realizado a leitura dos segmentos de texto (ST) relacionados às palavras mais frequentes, observado a porcentagem, que indica a ocorrência das palavras nos ST de cada classe em relação ao *corpus,* observado o *chi2* (X^2) que indica a associação da palavra com a classe e observado o *p* que identifica o nível de significância da associação da palavra com a classe. Camargo e Justo (2016) recomendam que, para a análise, sejam selecionadas as palavras com $x^2 \geq 3{,}84$ e $p \leq 0{,}05$.

- **Passo 6:** Interpretar o significado dos dados e questionar o que foi aprendido com a pesquisa.

Após a seleção das palavras e dos ST foi realizada a leitura exaustiva e aprofundada de cada classe, a fim de buscar o significado e a relação entre os discursos. A partir disso foram nomeadas as classes e buscado na literatura cientifica o embasamento para a discussão.

Dessa forma a interpretação na pesquisa qualitativa pode adquirir várias formas, ser adequada em diversos projetos ser ajustável para publicar significados pessoais embasados na pesquisa e na ação (CRESWELL, 2010).

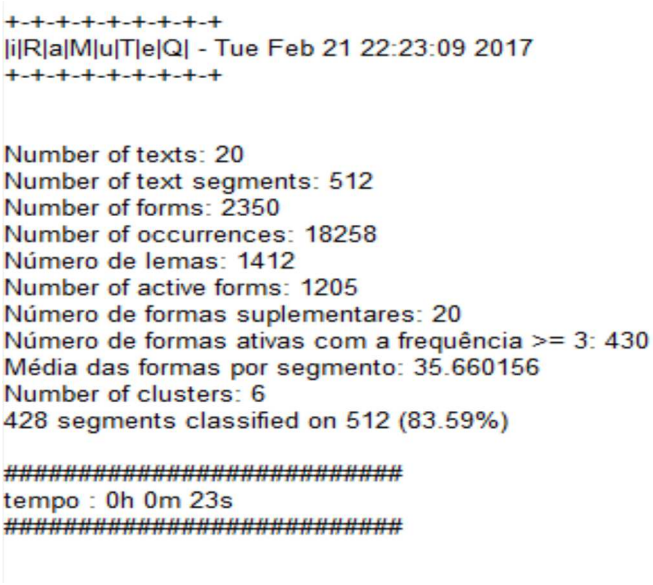
[11] Representação diagramática ramificada da inter-relação de um grupo de itens. (DICIONÁRIO ON-LINE DE PORTUGUÊS, 2017).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, são apresentados os resultados originados das classes de palavras retiradas das entrevistas e organizadas pelo *software Iramuteq*, conforme o método da CHD e da nuvem de palavras e a discussão com a literatura científica.

A figura 4 apresenta o relatório da CHD gerado pelo *software Iramuteq* e mostra que a análise estatística do *corpus* textual composto por 20 entrevistas (*number of texts*), gerou 512 segmentos de textos *(number of text segments*), sendo retidos 428 segmentos de textos *(segments classified)* para a análise, o que corresponde a 83,59% de aproveitamento[12], resultando em seis classes *(number or clusters)*. Essa etapa foi realizada pelo *software* em 23 segundos.

FIGURA 4 – RELATÓRIO DA CHD GERADO PELO IRAMUTEQ

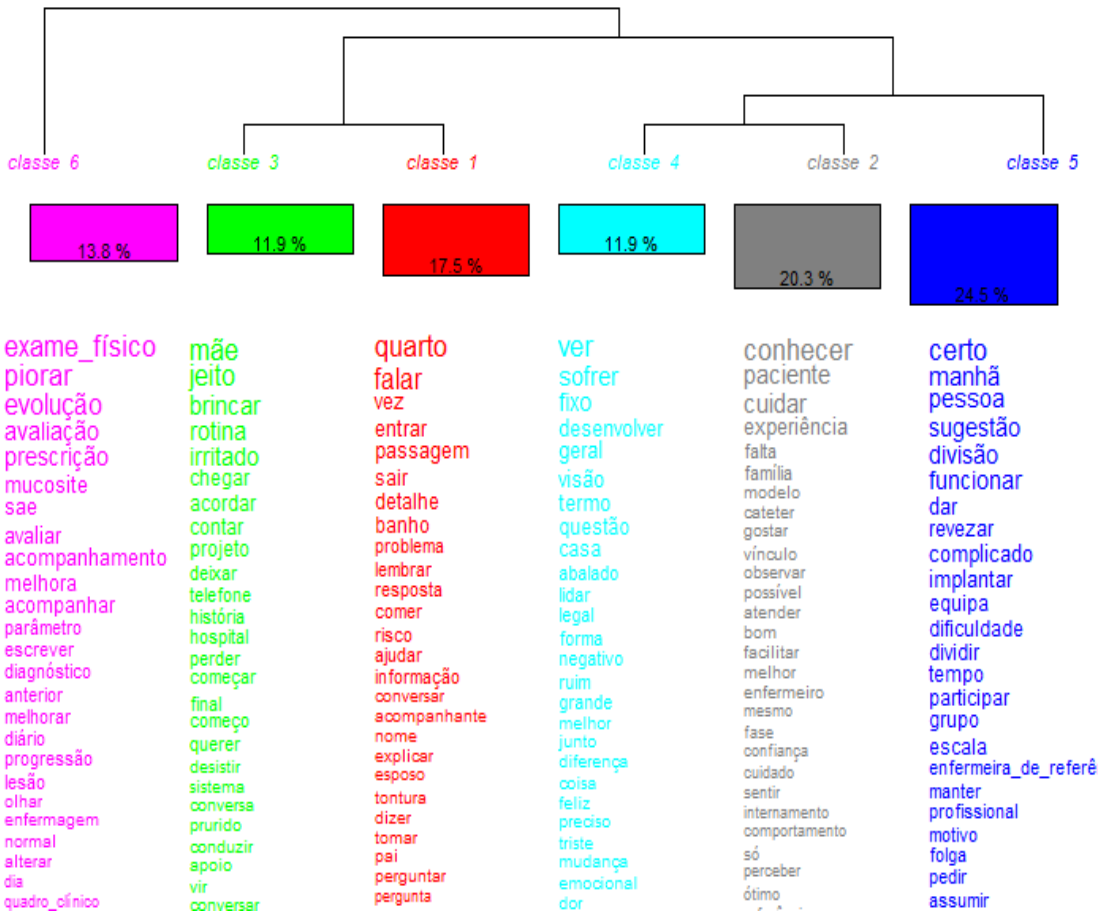


FONTE: A autora (2017).

A figura 5 mostra a distribuição das palavras em cada classe. O dendograma apresenta as separações que foram feitas no *corpus* até que resultassem as classes (CAMARGO; JUSTO, 2016).

FIGURA 5 – DENDOGRAMA DAS CLASSES COM AS PALAVRAS CARACTERÍSTICAS

[12] Para serem consideradas úteis e adequadas aos dados coletados, as análises do tipo CHD requerem a retenção mínima de 75% dos segmentos de texto (CAMARGO; JUSTO, 2016).



FONTE: A autora (2017).

5.1 CLASSES

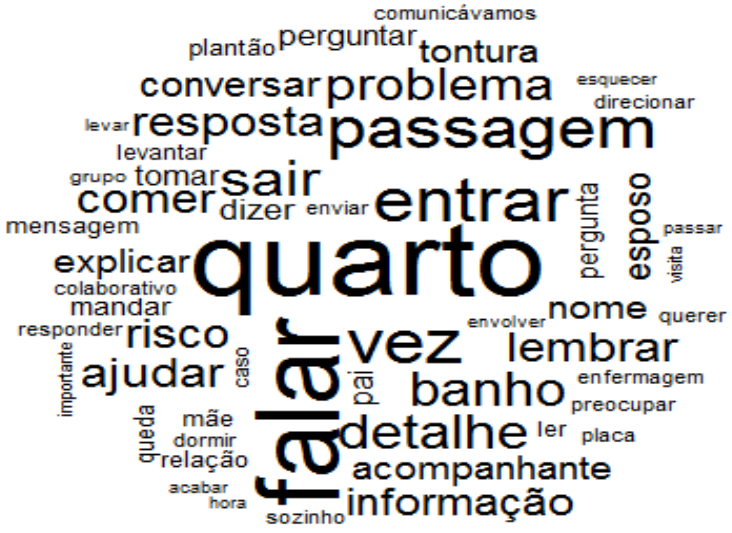
As classes foram nomeadas de acordo com a interpretação dos ST. Todas as palavras apresentadas nas classes também valores $x^2 \geq 3,84$ e $p \leq 0,05$. Sendo assim, denominou-se a classe 1: A ambiência e o processo de cuidado com o *Primary Nursing,* classe 2: Conhecer o paciente no processo de cuidado com o *Primary Nursing,* classe 3: Relações interpessoais no processo de cuidado com o *Primary Nursing, classe* 4: Pontos negativos e pontos positivos do processo de cuidado com o *Primary Nursing,* classe 5: Organização do processo de cuidado com o *Primary Nursing* e classe 6: O Processo de Enfermagem com o *Primary Nursing.*

5.1.1. Classe 1 – A ambiência e o processo de cuidado com o *Primary Nursing.*

O discurso dos profissionais de Enfermagem na primeira classe foi em torno das palavras: **quarto, falar, vez, entrar, passagem, sair, banho** e **detalhe**, as quais foram as mais frequentes e apresentaram valores elevados de x^2 e $p \leq 0,05$.

Essa classe representou 17,52 % do discurso das participantes, tendo 75 ST aproveitados dos 428 gerados. A figura 6 mostra a representação gráfica da classe por meio da nuvem de palavras.

FIGURA 6 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA CLASSE 1 EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS PALAVRAS



Fonte: A autora (2017)

A palavra “quarto” foi a mais citada nesta classe e representa o ambiente em que os profissionais de Enfermagem realizam a assistência direta ao paciente. Cada paciente fica internado em um quarto privativo. Somente em situações excepcionais dois pacientes são internados no mesmo quarto. Cada quarto é composto por cama ou berço, guarda-roupas, mesa de cabeceira com materiais para procedimentos de Enfermagem, mesa para alimentação, monitores, televisão, *DVD*[13], banheiro e janelas vedadas. A temperatura do ar é regulada por ar condicionado e o ar é filtrado pelo

[13] Etimologia (origem da palavra *DVD*): do inglês *digital video disk*. Em português: Sigla de Disco Digital de Vídeo (DICIONÁRIO ON-LINE DE PORTUGUÊS, 2017).

filtro *HEPA*[14]. O filtro *HEPA* é recomendado para pacientes submetidos ao TCTH alogênico, durante o período de neutropenia, principalmente para a proteção contra fungos (GARBIN et al. 2011).

O quarto também é o local onde é realizado o TCHT. As CTH são infundidas no receptor por meio do cateter venoso central no próprio leito de internação (MAIA et al., 2010; IKEDA; CRUZ; ROSA, 2015).

Nos discursos a seguir é possível observar que o quarto é relatado como o ambiente do planejamento e da realização do cuidado de Enfermagem, o local onde acontece a aproximação e as relações com os pacientes e com os cuidadores e familiares.

"Quando eu entrava no quarto, eu sabia o que estava acontecendo com ele, então me ajudou em algumas coisas. Eu lembro de momentos de eu saber que ontem ele estava com tontura na hora do banho, hoje eu já me preocupava com isso porque ontem ele tinha me falado que estava com tontura." (E17).

"Eles sabem que somos nós que cuidamos deles. Quando chegam na porta do quarto para chamar alguém eles procuram pela enfermeira que conhecem. O pai do paciente chegava na porta e perguntava por mim, pelo meu nome. Quando ele precisava de alguma coisa se dirigia a mim, é uma referência." (E2).

"Quando eu cuidava dos dois pacientes, entrava primeiro no quarto do que levantava mais cedo. Consegui gerenciar essas questões que parecem pequenas, mas que, para internamento longo, fazem a diferença." (E4).

Ambiente é sinônimo de ambiência. Segundo a cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, a ambiência é referente ao tratamento dado ao espaço físico social, profissional e de relações interpessoais. Este deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Ao adotar este conceito para a arquitetura nos espaços da saúde, obtém-se um ganho qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do SUS, pois supera-se a composição técnica, simples e formal dos ambientes e consideraram-se as situações que são

[14] Filtro de ar de alta eficiência (GARBIN et al., 2011).

construídas. Essas situações são construídas e vivenciadas por um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais (BRASIL, 2010).

O conceito de ambiência segue três eixos:

> • O espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia...– , e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários.
> • O espaço que possibilita a produção de subjetividades – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho.
> • O espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. (BRASIL, 2010, p. 6).

A revisão sistemática de Ribeiro, Gomes e Thofehrn (2014), com o objetivo de identificar e analisar a produção de conhecimento acerca das estratégias que as instituições de saúde têm implementado para humanizar a assistência, evidenciou que desde a criação da PNH as instituições de saúde têm implementado estratégias para construir ambiências com acolhimento e harmonia. Essas estratégias envolvem relações de troca entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares e facilitam o desenvolvimento do processo de trabalho dos profissionais de saúde.

Em contrapartida, o estudo de Fernandes e Göttems (2013), realizado em um hospital do Distrito Federal brasileiro, com o objetivo de analisar a adequação aos padrões e parâmetros da ambiência e humanização propostos pela PNH, demonstrou que as propostas da PNH não estão completamente implantadas. Para os autores do estudo, é necessário que os profissionais conheçam as políticas públicas, trabalhem pelo empoderamento dos usuários e articulem e discutam com gestores para implantação e efetivação da PNH.

Nos discursos a seguir é possível verificar que antes de entrar ou após sair dos quartos dos pacientes, o *Primary Nursing* interferiu de forma positiva na passagem de plantão e na ambiência do STMO.

“A passagem de plantão era igual, mas às vezes tinham alguns detalhes que nós conversávamos entre nós.” (E6).

“Com o grupo que estava cuidando especificamente, tinha mais interação de detalhes e muito mais riquezas de informações. Isso foi muito melhor porque a passagem de plantão era mais rica, principalmente entre a equipe da manhã e da tarde.” (E16).

“A comunicação na passagem de plantão fica mais sucinta, porque não é necessário repetir algumas informações. Facilitou bastante.” (E8).

“A continuidade do cuidado no nosso grupo foi fácil, porque nós nos comunicávamos na passagem de plantão e por mensagem.” (E2).

“A comunicação fluiu bem, principalmente de coisas que exigem muito a continuidade, como a internação e a alta, fez toda a diferença. Com a noite também foi bem legal, mas pela dinâmica do dia, a passagem da manhã para tarde foi muito interessante.” (E11).

Essa atividade é de extrema importância e requer a atenção de todos os profissionais em cada informação passada. No STMO é realizada de forma individual e bastante detalhada, sendo que o profissional responsável por passar as informações do paciente faz a leitura da prescrição médica, informa dados como sinais vitais e controle hídrico, passa informações sobre os cuidados de Enfermagem, intercorrências e demais informações relevantes. Um dos profissionais que está recebendo o plantão faz o registro das informações mais importantes em um livro específico para passagem de plantão e todos os demais acompanham.

Segundo Siqueira e Kurcgant (2005), na passagem de plantão acontece a transmissão de informações entre os profissionais que finalizam e os que iniciam o período de trabalho. Nesse momento, é abordado a respeito do estado dos pacientes, tratamentos, assistência prestada, intercorrências e pendências. Neste processo várias formas de comunicação podem ser adotas, mas a verbal e a escrita são prevalentes.

Essa atividade é realizada para o planejamento da assistência de Enfermagem. Para isso, cabe ao enfermeiro o resgate de competências técnico científicas e de relacionamento interpessoal, com ênfase na comunicação e na gestão. Para que se atinja o objetivo de planejar melhor a assistência de Enfermagem é importante que a

equipe considere a passagem de plantão como um momento para a educação, reflexão e entrosamento, buscando reavaliar condutas, proporcionar crescimento mútuo e melhor desenvolvimento do trabalho (COSTA et al., 2014).

O estudo brasileiro realizado por Gonçalves et al. (2016) com objetivo de identificar fatores relacionados à segurança do paciente quanto à comunicação no processo de passagem de plantão das equipes de Enfermagem, evidenciou que fatores que interferem no processo da passagem de plantão estão relacionados à presença de equipes multidisciplinares, às interrupções, às conversas paralelas, aos atrasos e saídas antecipadas, aos ruídos, às informações relevantes repassadas, ao grau de formação dos profissionais e à busca de atualização sobre o tema.

Para Portal e Magalhães (2008), é necessário que a passagem de plantão seja sistematizada para que ocorra no menor tempo possível, dentro das orientações institucionais, sem comprometer a qualidade das informações que são transmitidas. É primordial que seja realizada com organização prévia, concentração e pontualidade em um ambiente tranquilo, espaçoso, ventilado e iluminado. As informações devem ser claras, objetivas e filtradas por parte do profissional que irá transmiti-las e com ênfase em informações assistenciais. A razão disso é que a passagem de plantão é um recurso estratégico para a organização do cuidado de Enfermagem e a eficiência na troca de informações atualizadas entre os turnos favorece a continuidade da assistência e o alcance de resultados positivos para a resolução de problemas relacionados aos pacientes.

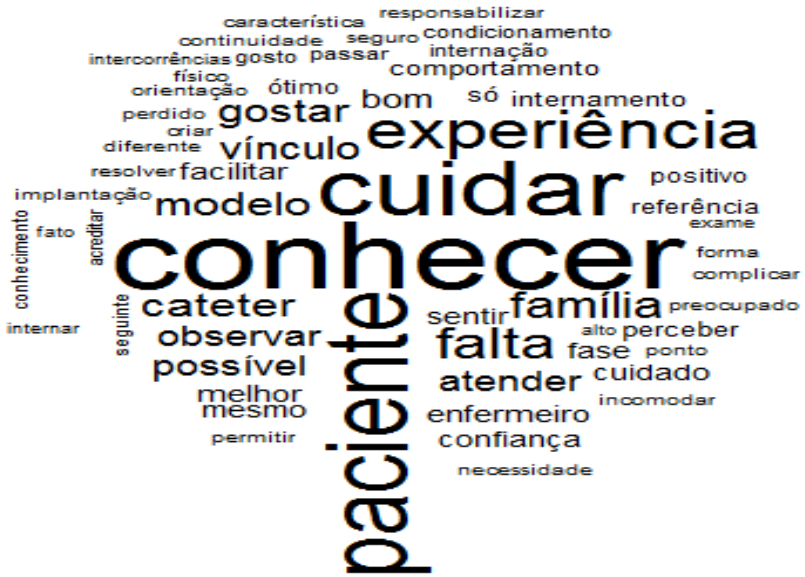
Nesta classe, verificou-se que a ambiência engloba todos os espaços em que o paciente é cuidado, desde o **quarto,** onde ao **entrar,** o profissional de Enfermagem se relaciona com os pacientes e familiares e passa a conhecê-los em **detalhes** ao ponto de saber quais são as precauções necessárias para a segurança do paciente em cuidados como o **banho**. Ao **sair** do quarto os cuidados continuam, agora de forma indireta, como na **passagem** de plantão.

5.1.2 Classe 2 – Conhecer o paciente no processo de cuidado com o *Primary Nursing.*

A segunda classe teve como principal temática o cuidado centrado no paciente. As palavras em destaque foram: **conhecer, paciente, cuidar, experiência, gostar,**

vínculo, modelo, cateter e **família.** A classe representou 20,33% dos discursos e teve o aproveitamento de 87 ST. A figura 7 mostra a representação gráfica da classe por meio da nuvem de palavras.

FIGURA 7 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA CLASSE 2 EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS PALAVRAS



Fonte: A autora (2017).

Nos discursos gerados nessa classe as participantes relataram de forma positiva sobre a experiência[15] proporcionada pelo modelo. Com a oportunidade de cuidar dos pacientes durante todo o tratamento refletiram sobre a possibilidade de acompanhar o quadro clínico, atentar para as possíveis intercorrências decorrentes da doença de base ou do tratamento e prestar o cuidado de Enfermagem com continuidade.

"Foi uma experiência bem rica, uma experiência diferente até porque eu nunca tinha acompanhado alguém da chegada até a partida." (E13).

"Acredito que o modelo é facilitador para apontar possíveis intercorrências, pois acompanhamos o paciente vários dias." (E4).

[15] Conhecimento, ou aprendizado, obtido através da prática ou da vivência. (DICIONÁRIO ON-LINE DE PORTUGUÊS, 2017).

"Foi uma experiência interessante porque tem continuidade. Observar o desenvolvimento das situações e de cada intercorrência é bem positivo." (E3).

"A continuidade do cuidado favoreceu a qualidade da assistência, pois conhecendo melhor o paciente, principalmente do lado emocional conseguimos atender melhor às necessidades deles." (E8).

A filosofia do *Primary Nursing* está fundamentada na visão holística dos cuidados, no respeito, na personalização do atendimento, na sequência e na continuidade do cuidado, aspectos que refletem na qualidade assistencial. Esse modelo prevê a continuidade aos cuidados do internamento do paciente à alta, pelo mesmo profissional em cada período, possibilitando maior conhecimento e avaliação das necessidades de cada paciente, melhor planejamento dos cuidados e orientações, tomada de decisões cabíveis e precisas e o favorecimento a interação social entre profissionais, pacientes e familiares. (MARX, 2006; MARX, 2009a).

Gulliford, Naithani e Morgan (2006) confirmam que a continuidade do cuidado contribui para a qualidade da assistência. Tradicionalmente, a continuidade do cuidado é idealizada na experiência do paciente ter uma relação de cuidado contínua com um profissional de saúde e para os profissionais o ideal é a prestação de um serviço contínuo, integrado, coordenado e com o compartilhamento de informações entre a equipe multiprofissional.

Andres et al. (2016) corroboram essas questões, pois a continuidade do cuidado para eles é construída entre pacientes e profissionais de saúde, com responsabilidade compartilhada. Cabendo aos profissionais de saúde atender as necessidades dos pacientes de forma coordenada, não apenas em cuidados básicos, mas de forma integral.

Geralmente, a relação de continuidade é altamente valorizada pelos pacientes e profissionais de saúde. Evidências científicas sugerem que isso aumenta a satisfação de pacientes e profissionais, diminui custos e melhora os resultados em saúde (FREEMAN; HUGHES, 2010).

O estudo brasileiro de Rubio et al. (2011) confirma essa questão, pois realizaram um estudo que avaliou a relação entre equipe de Enfermagem e paciente idoso internado em um Hospital que tem como modelo assistencial o *Primary Nursing*, os resultados demonstraram que os pacientes almejam receber os cuidados de

Enfermagem de maneira individualizada e contínua, em que suas particularidades sejam atendidas. Esses pacientes acreditam que os profissionais responsáveis pelos seus cuidados devem compreender singularmente as necessidades referentes ao seu quadro clínico e relatam que serem acompanhados pela mesma equipe da admissão à alta hospitalar aumenta a confiança e interação com os profissionais, o que auxilia a recuperação.

Nos discursos a seguir é observado que as participantes afirmam que a experiência com o *Primary Nursing* levou a conhecerem mais informações dos pacientes, o que foi benéfico para o planejamento dos cuidados de Enfermagem, para a avaliação clínica e contribuiu para a proximidade com os pacientes.

"No modelo era diferente eu conhecia o paciente sabia há quanto tempo ele tem o cateter e os gostos dele. Eu gostei porque me permite conhecer bem o paciente eu posso manejar melhor os cuidados e criar um vínculo de confiança com o paciente e com a família." (E7).

"Eu gostei muito do modelo (...), é possível saber sobre o internamento, tratamento e quadro clínico do paciente. Reconhecer quando ele está melhor, pior e fragilizado." (TE3).

"O modelo é bom porque conhecemos mais o paciente, sabemos como interagir e temos sequência no cuidado." (E6).

"É um modelo contínuo e que favorece o contato com o paciente pois nesse modelo eu e o paciente nos conhecemos, o paciente conhece a minha forma de trabalho e o meu humor. (...)Nós conhecemos os pacientes e podemos respeitar o limite deles." (E11).

"É muito mais fácil trabalhar com o paciente que conhecemos." (TE2).

O estudo de Rose e Yates (2015) realizado na Austrália, teve por objetivo descrever as respostas dos pacientes aos cuidados de Enfermagem após a implementação do *Primary Nursing* em um departamento de radioterapia. Foram comparados dois grupos. Grupo 01 composto por 106 pacientes pré-implementação

do *Primary Nursing* e grupo 02 composto por 110 pacientes pós-implementação do *Primary Nursing*. Dentre os resultados uma das principais diferenças foi que no grupo 02 os enfermeiros eram reconhecidos pelos pacientes como fonte de informação, pois estes profissionais conheciam os pacientes. Segundo os autores do estudo, essa informação é um indicador importante de que a presença dos enfermeiros foi observada pelos pacientes, o que pode ajudar na capacitação dos pacientes para o manejo dos efeitos colaterais do tratamento, pois a terão a intervenção da Enfermagem baseada em evidências.

Para Manthey (2014b) é importante que a responsabilização pela tomada de decisões sobre a assistência seja visível para os pacientes, familiares, equipe de Enfermagem e demais membros da equipe multiprofissional, pois é um elemento fundamental do modelo e ter um enfermeiro de referência responsável pelos cuidados de forma diária e contínua, são o que o difere de outras formas de prestação de cuidados.

O estudo realizado por Rose e Yates (2013) com 13 profissionais de saúde australianos teve por objetivo descrever a percepção da equipe multiprofissional sobre a implementação do modelo *Primary Nursing* em um departamento de tratamento de radioterapia ambulatorial. O estudo de caso abordou as múltiplas perspectivas de vários profissionais, dentro de uma abordagem qualitativa, para avaliar o novo modelo de Enfermagem. Os dados foram coletados aproximadamente um ano após a implementação do modelo e os resultados demostraram que o *Primary Nursing* favorece a aproximação e a individualização da assistência, mais autonomia dos enfermeiros e melhores relações de trabalho. Eles também se tornaram mais conscientes da abordagem holística para obter resultados positivos para o paciente.

A experiência com o modelo, a interação com os pacientes e com familiares, o acompanhamento do quadro clínico e o reconhecimento dos pacientes favoreceram a satisfação profissional, como é possível verificar nos discursos a seguir.

“Eu tive um bom vínculo com o paciente, as enfermeiras me informavam que ele me esperava porque queria que eu cuidasse dele, isso me deixou bem. Foi um ponto muito positivo e eu me senti como referência para ele.” (E9).

“Eu gostei porque nós cuidamos do paciente do começo do tratamento a implantação do cateter o condicionamento a fase mais difícil a melhora a fase em que eles querem ir embora ficam bons e recebem alta.” (E10).

“No Primary Nursing *o reconhecimento do paciente também foi muito bom, eu sabia que o meu trabalho foi bem feito e outros pacientes já tinham me elogiado ou agradecido de alguma forma, mas o reconhecimento dos pacientes que eu cuidei entre 25 dias e 30 dias foi diferenciado.” (E2).*

“Eu fiquei bem preocupada mas eu queria estar com ele, porque eu já o conhecia a família, então eu gostei bastante, o relacionamento foi bom também não tive problemas.” (E17).

Segundo Marqueze e Moreno (2005), a satisfação no trabalho resulta de um processo complexo e dinâmico que dependem de interação das condições gerais de vida da pessoa, das relações de trabalho, do processo de trabalho e do controle que os profissionais possuem sobre suas condições de vida e trabalho. A satisfação no trabalho pode ser fonte de saúde, mas a insatisfação pode gerar prejuízos à saúde física, mental e social, resultando em problemas à organização e ao ambiente de trabalho.

Na revisão integrativa realizada por Melo, Barbosa e Souza (2011), foram analisados 17 estudos que abordaram a satisfação no trabalho de enfermeiros, técnicos em Enfermagem e/ou auxiliares de Enfermagem brasileiros. Dentre os resultados encontrados os fatores de satisfação no trabalho foram: gostar do que faz, inserção em uma proposta inovadora, reconhecimento pelo trabalho realizado, qualidade dos serviços prestados, apoio espiritual e relacionamento no trabalho.

Ter um ambiente favorável às práticas de Enfermagem, a disposição para o trabalho e o tempo de trabalho em unidades críticas, são aspectos que promovem a satisfação profissional. Por esses motivos é importante investir em fatores que promovam o ambiente, considerando aspectos relacionais e de autonomia, e principalmente os aspectos estruturais de participação da Enfermagem no controle das práticas, tomadas de decisões, gerenciamento e suporte organizacional para o trabalho (OLIVEIRA et al., 2017).

O estudo realizado por Mäkinen et al. (2003) comparou o *Primary Nursing* com os modelos de Enfermagem de equipe e modelo funcional, em hospitais Finlandeses, incluindo um hospital universitário e dentre os resultados evidenciou-se que a satisfação profissional era maior entre os enfermeiros que utilizavam o *Primary Nursing* devido a responsabilização pelos pacientes, a ações de supervisão e a possibilidade de fazer registros com qualidade sobre os pacientes.

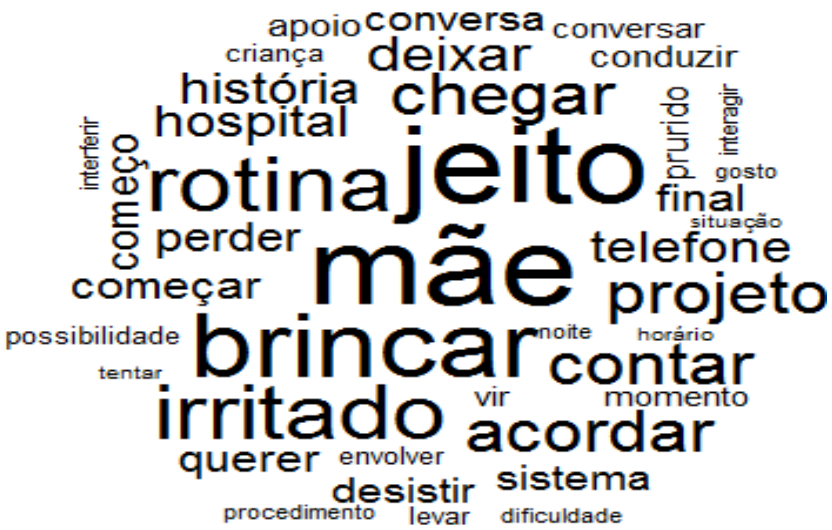
O estudo de Fermo et al. (2016), realizado no sul do Brasil, com 33 profissionais da equipe multiprofissional, com o objetivo de identificar as atitudes dos profissionais da saúde que evidenciem a cultura de segurança do paciente em unidade de Transplante de Medula Óssea. Revelou que dentre as dimensões pesquisadas: clima de trabalho, clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção do estresse, percepção sobre a gerência e condições de trabalho; a dimensão satisfação no trabalho foi a única avaliação que obteve avaliação positiva, 100% da categoria enfermeiros apresentaram percepções positivas sobre a satisfação no trabalho. Segundo as autoras do estudo, a satisfação no trabalho contribui para a segurança do paciente e potencializa o desenvolvimento e a produtividade do profissional colaborando com os objetivos e metas da instituição.

Nesta classe, verificou-se que a **experiência** com o *Primary Nursing* favoreceu que as participantes da pesquisa **conhecessem** melhor os **pacientes**, **cuidassem** com continuidade, criassem **vínculo** com eles e com as famílias, o que gerou satisfação no trabalho e as fez **gostar** do **modelo.**

5.1.3 Classe 3 – Relações interpessoais no processo de cuidado com o *Primary Nursing*

Na terceira classe, foram abordadas temáticas sobre as relações interpessoais no processo de cuidado do *Primary Nursing*. Essa classe apresentou como as principais palavras: **mãe, jeito, irritado, brincar, rotina, chegar, acordar** e **contar**. Os discursos compuseram 11,92% do total do *corpus,* com aproveitamento de 51 ST. A figura 8 mostra a representação gráfica da classe por meio da nuvem de palavras.

FIGURA 8 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA CLASSE 3 EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS PALAVRAS



Fonte: A autora (2017).

Atualmente, no STMO, os pacientes menores de idade, adultos com risco elevado de quedas ou com necessidades psicológicas e os idosos têm cuidadores/familiares em período integral, os demais pacientes recebem visitantes uma vez por dia. Os cuidadores/familiares são fundamentais durante o período de hospitalização, pois fazem companhia aos pacientes, auxiliam na prevenção de quedas, nos cuidados contra infecções e são um elo entre os profissionais de saúde e os pacientes.

A presença dos familiares de pacientes submetidos ao TCTH tem várias contribuições, dentre elas o potencial de detectar alterações de humor dos pacientes antecipadamente, podendo assim, realizar intervenções junto a equipe multiprofissional, as quais fortifiquem as estratégias de enfrentamento do paciente em relação ao tratamento (PROENÇA, 2015).

Segundo Vicenzi et al. (2013), os familiares são uma fonte de apoio emocional importante, de identificação dos efeitos colaterais e por estarem continuamente com o paciente, podem auxiliar no atendimento as necessidades relacionadas às mudanças advindas com a doença e com o tratamento.

Vemos nos discursos a seguir que nessa classe a “mãe” foi a cuidadora/familiar em destaque, com a qual a equipe de Enfermagem estabeleceu um relacionamento próximo.

“Tínhamos liberdade que em nenhum momento me atrapalhou no dia a dia, no tato com mãe e com o paciente.” (E5).

“Conversar assuntos totalmente diferentes para tirar o foco da mãe que ficava 24 horas por dia no hospital, para mim foi muito importante e eu consigo me colocar mais no lugar da mãe do paciente.” (TE1).

“Eu me envolvi muito e fiquei fragilizada com a história de vida dele e da mãe, passei o meu telefone para ela porque ela estava sozinha na cidade.” (E12).

“O modelo realmente facilitou a relação com os pacientes, cuidar repetidas vezes dos 2 pacientes nos permitia (...) conhecer a mãe, como ela se comportava e as respostas de ambos.” (E1).

Nesta classe, as mães dos pacientes eram as cuidadoras principais e pela análise dos ST é possível observar a empatia e a preocupação das enfermeiras com elas.

O fato da mãe participar dos cuidados hospitalares é um recurso importante na prevenção de efeitos traumáticos da hospitalização na criança, pois o ambiente se torna mais familiar e reduz o estresse, além de auxiliar esta cuidadora para a aquisição de habilidades nos cuidados à criança doente (SOUZA; OLIVEIRA, 2003).

Para Brandalize (2007), a vivência da mãe da criança enferma vai além de apenas estar ao lado do filho e acompanhá-lo durante a internação. Elas sentem-se internadas com a criança, compartilham dos seus sofrimentos, doam-se, renunciam seus sentimentos, suas necessidades e colocam-se completamente à disposição do filho que sofre.

O estudo de Schnepper (2016) que avaliou a qualidade de vida dos cuidadores principais dos pacientes submetidos ao TCTH mostrou que a maioria dos cuidadores relata sobrecarga moderada a severa, o que indica o quanto é cansativa a rotina do cuidador e a importância do suporte da equipe multiprofissional deve dar para que este cuidador não adoeça e consiga prestar o cuidado de maneira efetiva.

Diante do fato da hospitalização infantil gerar muita dor e inquietação nos familiares e produzir situações complexas que envolvem múltiplas facetas, torna-se muito importante que a atenção em saúde priorize tanto a criança quanto a mãe acompanhante, caracterizando um cuidado humanizado a partir do qual os

profissionais de saúde, em especial de Enfermagem, realizem práticas de cuidado que auxiliem o enfrentamento, a resolução de problemas e o atendimento das necessidades da mãe diante do sofrimento do filho enfermo (MORAIS; COSTA, 2009).

Brandalize (2007) e Schnepper (2016) recomendam que durante o período de internação, o enfermeiro deve atuar junto aos cuidadores por meio de orientações voltadas aos cuidados que serão necessários no decorrer do tratamento e apropriem-se do conhecimento teórico, visando atender não somente à criança que está doente e hospitalizada, mas também o familiar que sofre com ele.

Nos discursos a seguir é possível verificar que as relações interpessoais geradas a partir modelo *Primary Nursing* favoreceram a individualização da assistência.

"Nós temos um ritmo, tinha que ser do jeito dele. Toda noite tinha uma diferença tinha que se adaptar do jeito que tinha sido feito durante o dia." (E13).

"Nós sabíamos os costumes dele como o gosto por ficar na cadeira após o banho. O hospital tem rotinas, mas o paciente tem as suas próprias rotinas. Sabemos como abordar paciente sem causar traumas." (TE3).

"Não era uma paciente tranquila que se pode chegar às e 24 horas aferir os dados vitais que não vai acordar e que se acordar acorda bem, para mim foi difícil ver ela acordar toda irritada com prurido." (TE2).

Um dos desafios da Política Nacional de Humanização, HumanizaSUS, é qualificar as equipes de saúde para lidarem com as singularidades dos sujeitos nas práticas de atenção à saúde (BRASIL, 2008).

O *Primary Nursing* favorece o alcance desse desafio, pois segundo o objetivo do modelo é capacitar e apoiar os enfermeiros a realizarem o cuidado clínico de Enfermagem de forma competente, humanizada e individualizada, bem como, tem por essência a humanização e a personalização da assistência embasadas pelo tratamento holístico ao paciente e como foco a qualificação da assistência (MARX, 2009; WERNER, 2014).

Manthey (2014a) acrescenta que Enfermagem de alta qualidade, significa cuidado que é individualizado para um paciente em particular, administrado com

humanidade e competência, de maneira abrangente contínua. Torezan (2011) corrobora declarando que o *Primary Nursing* privilegia a realização dos cuidados de Enfermagem humanizados, competentes, completos e contínuos.

Diante da busca da individualização do cuidado, aproximação e estreitamento do relacionamento com os pacientes pediátricos, uma das estratégias adotadas foi a brincadeira. Como vemos nos discursos a seguir.

"Com o vínculo que foi construído eu já conhecia o jeito de brincar e de falar." (E5).

"Eu brincava com ele, então ele começou devagar e depois ele brincava comigo eu fui me aproximando e depois com o tempo ele mesmo iniciava a conversa." (E9).

"Ela me contava qual ela ganhou primeiro mas só tinha 1 príncipe, a mãe comprou o outro boneco, então teve essa interação mas sempre no começo do plantão e depois ela queria dormir. Eu não ficaria acordando a paciente para conversar mas eu sempre interagia com ela e com a mãe com a outra paciente eu também brincava e conversava." (TE2).

O estudo de Gomes et al. (2012) revelou que o hospital tem um aspecto dúbio para as crianças, pois embora seja considerado um local para melhorar, os participantes do estudo evidenciam sentimento de tristeza, medo, prisão, saudade pela falta dos amigos, irmãos e familiares e a falta de brincar aumentou a solidão e a insegurança.

Diante disso, o brincar é essencial para o desenvolvimento saudável da criança e durante a hospitalização pode ser utilizado como estratégia de cuidado, desde que sua aplicação seja realizada de forma sistematizada e fundamentada. (SANTOS et al., 2014).

O estudo de Jansen, Santos e Favero (2010) demonstrou que a característica lúdica, terapêutica e educativa do brinquedo facilita a comunicação, a participação e a motivação da criança em todo o seu processo de hospitalização e possibilita a manutenção da sua individualidade. Dessa forma, recomendam que o brincar deve fazer parte do processo de Enfermagem e deve ser incluído como um cuidado frequente. A Enfermagem deve utilizar os brinquedos para, auxiliar a criança enferma

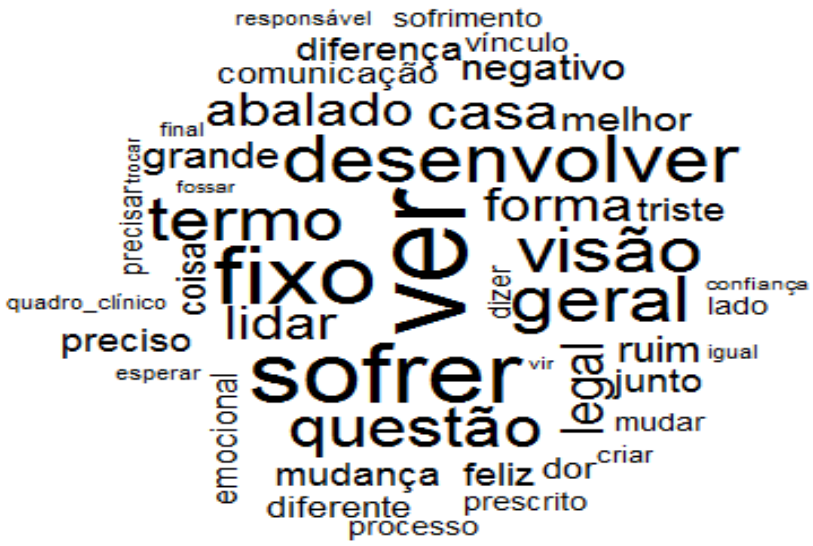
a compreender situações de mudança e também avaliar a compreensão desta sobre a hospitalização.

Nesta classe verificou-se que a **mãe** foi a cuidadora em destaque e com a qual as participantes da pesquisa preocuparam-se e estabeleceram vínculo. Observou-se que elas conheciam os pacientes e a forma de **chegar** e **acordar** e transformaram o **brincar** como estratégia do cuidado.

5.1.4 Classe 4 – Pontos negativos e pontos positivos do processo de cuidado com o *Primary Nursing.*

As palavras com maior frequência selecionadas para a quarta classe foram: **ver, sofrer, desenvolver, casa, abalado, legal, negativo e melhor.** Esta classe representou 11,92% do discurso dos participantes, tendo 51 ST. A figura 9 mostra a representação gráfica da classe por meio da nuvem de palavras.

FIGURA 9 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA CLASSE 4 EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS PALAVRAS



Fonte: A autora (2017).

Nessa classe os participantes da pesquisa falam tanto das dificuldades quanto das melhoras e facilidades que vivenciaram com o modelo *Primary Nursing.*

Dentre as dificuldades ou pontos negativos, os participantes citaram o sofrimento gerado pelo vínculo e pela gravidade do quadro clínico dos pacientes.

“O vínculo foi muito íntimo e intenso, teve os lados positivos, mas penso que o relacionamento por mensagem foi algo negativo, porque eu sofria muito em casa com os dados e as informações que a mãe me passava.” (E1).

“Penso que eu ficaria abalada se fosse outro paciente, mas eu posso ter ficado um pouco mais pelo vínculo que criei ele.” (E2).

Embora para alguns participantes o vínculo tenha causado sofrimento, para outros foi positivo, pois proporcionou a continuidade do cuidado e um bom relacionamento com a família e com os pacientes.

“Foi legal porque eu sentia que a mãe tinha uma segurança em mim, ela não teria a mesma segurança se cada dia fosse um profissional diferente.” (E2).

“Eu não consigo ver isso (vínculo) como negativo, porque ela ficava feliz, confortável sabendo quem que estava mais fixo ou com as pessoas que cuidavam dele.” (E5).

“No final sofremos pelo paciente por causa do vínculo criado, mas pensando no paciente de uma forma geral agora que estamos menos abaladas emocionalmente conseguimos ver as coisas e ver que isso fez muita diferença no cuidado.” (E1).

“Se não fosse a questão de continuar nós não teríamos nos aproximado, o sentido de vínculo é interessante para nos desenvolvermos. Eu estava do lado do paciente em todo procedimento e ele sabia que era eu que estava responsável por ele.” (E3).

O papel do enfermeiro no cenário de TCTH é fundamental, pois envolve muitas responsabilidades no cuidado ao paciente transplantado, tanto na fase de transplante quanto na fase de recuperação medular, pelo monitoramento das condições vitais e realização de inúmeras intervenções terapêuticas. O cuidado de Enfermagem desenvolvido em Serviço de TCTH é integral, centrado nas necessidades dos

pacientes e na busca por um competente e individualizado dando suporte aos pacientes e familiares (LACERDA; LIMA; BARBOSA, 2007).

Segundo Stumm, Leite e Maschio (2008), esta convivência entre equipe de Enfermagem e pacientes favorece a formação de vínculos, que vão além do contexto profissional, revelam uma relação verdadeira, por meio de interação, troca de conhecimentos, experiências e sentimentos. O vínculo provindo da estreita relação entre enfermeiro e paciente pode ser compreendido como a capacidade de escutar o ser humano na sua individualidade.

O cuidado na Enfermagem oncológica se dá numa relação comunicativa, de troca de ideias, emoções e sentimentos, ou seja, o cuidado consiste em confortar o paciente e, muitas vezes, simplesmente ouvi-lo. Vai além de administrar quimioterápico, realizar radioterapia, ele se estabelece numa relação de proximidade nas diversas etapas vivenciadas pelos pacientes, incluindo o processo de morrer (STUMM; LEITE; MASCHIO, 2008).

É possível que o vínculo com os pacientes esteja relacionado ao tempo de internação, pois os mesmos permanecem internados por um longo período podem propiciar aos enfermeiros maior aproximação. Essa observação é importante para o cuidado mais humanizado, porém, é necessário se estabelecer limites. Ao se constituir o vínculo, é possível que o enfermeiro projete o sofrimento para si mesmo e haja uma combinação de sentimentos (MARTINS; ROBAZZI, 2009).

Como os enfermeiros que trabalham com o *Primary Nursing* são responsáveis pelo cuidado de seus pacientes desde a internação até a alta hospitalar, o trabalho pode causar muito estresse. Por esse motivo, é essencial que os gerentes de Enfermagem das instituições forneçam apoio suficiente aos enfermeiros para que eles possam lidar com as exigências do seu trabalho (RANTANEN et al. 2016).

Dentre as facilidades ou pontos positivos os participantes relataram que observaram melhorias na assistência com o modelo assistencial proposto, pois compararam a forma de prestar os cuidados de Enfermagem vigente no STMO com o *Primary Nursing*, como é possível verificar nos ST a seguir.

“Acredito que isso é uma evolução é uma forma de cuidar diferente que foi proposta e acreditamos que é uma melhor forma de cuidado realmente.” (E5).

“De um modo geral cuidamos melhor dos pacientes.” (E8).

"Eu consigo me planejar melhor e me aproximar do paciente de uma maneira diferente. (...) Se ele tivesse precisado de mais suporte psicológico analgesia ou qualquer coisa do gênero eu teria mais embasamento para falar porque conhecia melhor o quadro clínico dele e estava acompanhando melhor." (E7).

O estudo de Wan (2011) comparou o *Primary Nursing* com o modelo de Enfermagem centrado nas tarefas, em uma maternidade na China, com 470 gestantes. Os resultados mostraram que com o modelo *Primary Nursing* a prática contínua de cuidados de Enfermagem foi mais eficaz do que a prática tradicional de cuidados de Enfermagem centrados em tarefas para gestantes e puérperas. A melhora na assistência deu-se pelo aumento da satisfação das gestantes com os cuidados de Enfermagem, aumento conhecimento sobre o aleitamento materno estando mais propensas a amamentar e redução dos problemas no pós-parto como desconforto mamário e retenção urinária.

No estudo de Suhonen et al. (2007) realizado na Finlândia com em seis hospitais, dentre eles um hospital universitário, com 861 pacientes e 35 enfermeiros, o *Primary Nursing* foi considerado o melhor modelo de Enfermagem para a individualização dos cuidados de Enfermagem, comparado aos modelos Enfermagem de equipe, Enfermagem modular e Enfermagem orientada a tarefas. Os pacientes do estudo relataram que o *Primary Nursing* favorece positivamente à promoção da individualidade de forma geral, pois o modelo considera as características individuais nas situações clinicas e possibilita que os pacientes tenham maior controle sobre as decisões dos seus cuidados.

As principais desvantagens encontradas com a implantação do *Primary Nursing* no estudo de Ferrua et al. (2016), realizado em um hospital público na Itália com 369 enfermeiros, foram a burocratização excessiva do trabalho (48,0% dos entrevistados), maior sobrecarga de trabalho (5,3%) e a ocorrência de conflitos dentro da equipe (5,0%). Em contraste, os principais benefícios incluíram a presença de uma pessoa de referência para os pacientes (79,2%), melhor familiaridade com os pacientes (66,7%), garantia de continuidade do cuidado (58,7%) e atendimento personalizado (56,1%).

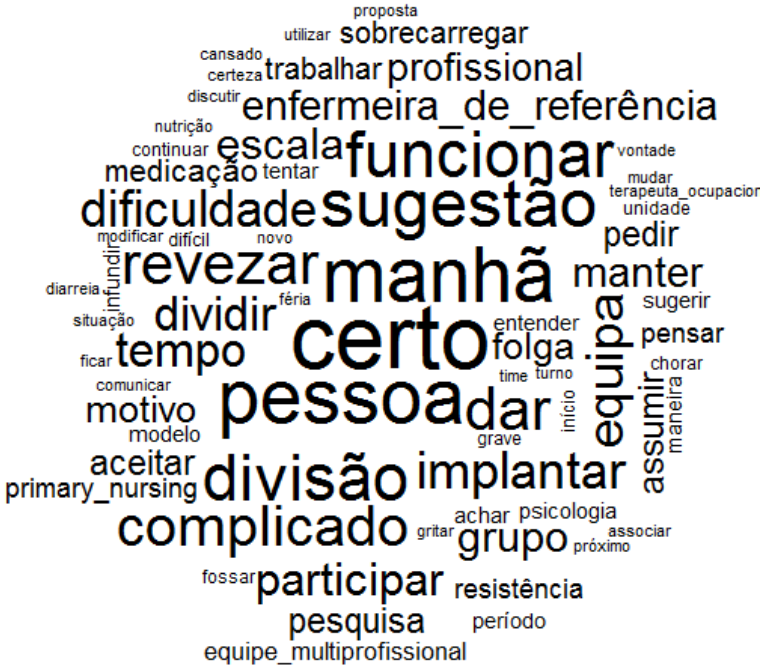
Nesta classe verificou-se que ao ver o **sofrimento** dos pacientes, as participantes da pesquisa ficaram **abaladas** inclusive **desenvolvendo** esse sentimento em **casa**, o que foi **negativo**. No entanto, ao avaliar o cuidado de

Enfermagem como um todo elas concluem que com o *Primary Nursing* o cuidado aos pacientes foi **melhor** realizado.

5.1.5 Classe 5 – Organização do processo de trabalho de Enfermagem com o *Primary Nursing.*

As palavras mais frequentes e significativas para a quinta classe foram: **certo, manhã, pessoa, sugestão, divisão, revezar, complicado, equipe** e **dificuldades.** Esta classe representou 24,53% do discurso, tendo 105 ST aproveitados. A figura 10 mostra a representação gráfica da classe por meio da nuvem de palavras.

FIGURA 10 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA CLASSE 5 EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS PALAVRAS



Fonte: A autora (2017).

Iniciar uma mudança é um processo trabalhoso tanto para quem idealiza quanto para quem aceita passar pela experiência de uma transição. Nessa pesquisa, os participantes aceitaram vivenciar uma forma diferente de realizar e planejar o processo de cuidado de Enfermagem dos pacientes submetidos ao TCTH, no entanto,

depararam-se com dúvidas, pré-julgamentos e resistências de outros profissionais da equipe, como é possível observar nos discursos a seguir.

“O grupo da tarde foi colaborativo, claro que no começo sempre tem uma dúvida se vai dar certo ou se vai ficar sobrecarregado, mas é mais pelo desconhecido do que pela pesquisa.” (E14).

“Eu já ouvi pessoas falando que não vai dar certo e que atrapalha, tem pessoas com pensamentos negativos, que não sei como podemos atingir porque o negativo também afeta, não sei como trabalhar com a conscientização da equipe.” (E1).

“Mais pessoas tinham que experimentar porque vendo de fora eu sempre achei que não daria certo, tinha certeza que não daria certo esse modelo.” (E4).

A transição, segundo Marx (2006b), é um período entre a fase anterior, a passagem e a expectativa de uma nova fase que gera muita ansiedade por se tratar do rompimento com aspectos do passado e do contato com situações novas. As quais demandam tempo para que as pessoas se reorientem com as novas formas de trabalhar.

As resistências encontradas em processos de transformação podem estar relacionadas a traços de personalidade e a situações geradas pelas características da mudança (BÖNIGK; STEFFGEN, 2013).

A resistência à mudança tem diversas causas possíveis, mas quanto maior a quantidade e a qualidade das informações que os indivíduos envolvidos no processo receberem, maior será o senso de pertencimento ao processo, implicará em mais envolvimento e menos resistência. O líder responsável por orientar a mudança pode influenciar diretamente a percepção dos indivíduos sobre a transição. Portanto, ele tem a oportunidade de influenciar a aceitação ou a resistência ao novo contexto (ALMADA; POLICARPO, 2016).

Marx (2006b, p. 137) cita recomendações que considera úteis para trabalhar com situações de resistência:

> Não confrontar opositores, pois isso gera clima de discórdia e desafio desnecessários.
> Ignorar a resistência diminui a força dos opositores.

> Discutir as mudanças – informações são primordiais; discuta todos os aspectos, esclareça as dúvidas.
> Deixar questionar – estimular ambiente para questionamentos, não bloquear as tentativas de esclarecimentos, dar atenção àqueles que buscam informações.
> Envolver e dar tarefas aos opositores: "quebre a resistência" delegando tarefas importantes, dê responsabilidade e envolva os opositores. Integre-os ao grupo, estimulando seu potencial de produtividade, principalmente se for um líder. Eles contribuirão para estimular o grupo a favor das mudanças.
> Trabalhar com transparência: envolver e entusiasmar a equipe, engajando-se no processo e trabalhando lado a lado. Use de transparência para reconhecer as dificuldades e, com isso, ganhar credibilidade.

Para colocar em prática a mudança no modelo assistencial do STMO, os participantes da pesquisa foram organizados em equipes com o mínimo rodízio possível em relação aos pacientes, o que favoreceu a parceria, a comunicação, a troca de informações e a continuidade da assistência como é possível observar nos discursos abaixo.

"A notícia da pega da medula foi de manhã, a primeira coisa que a mãe pediu foi para avisar a enfermeira de referência. (...) a enfermeira de referência foi algo que se construiu realmente e se fortaleceu nessa equipe e nas outras também fez diferença com certeza o, modelo funcionou melhor de manhã e à tarde." (E1).

"Revezando menos ficou mais fácil trabalhar e saber o que aconteceu de manhã nós conversávamos direto com o profissional e não havia problemas." (E14).

"Foi realmente foi muito bom mesmo especificamente do meu time que eram pessoas muito boas e de fácil contato foi bem fácil." (E2).

"Eu passava o plantão para a pessoa da equipe, ela recebia melhor, entendia o que eu falava, questionava sobre questões importantes e acompanhava o paciente." (TE3).

Segundo Navarro, Guimarães e Garanhani (2013), o trabalho desenvolvido em equipe não se estabelece de maneira automática, pois é necessário que seja realizado um processo de desenvolvimento de habilidades e capacidades, que englobam

inteligência emocional, conhecimentos, vivências da dinâmica interpessoal e intergrupal. Por isso, uma equipe de fato é formada nas relações estabelecidas dos entre os membros do grupo com o meio em que vivem, incluindo a prática, o agir, o pensar e o sentir.

No estudo de Souza et al. (2016), desenvolvido em um hospital brasileiro especializado em atendimento oncológico, os elementos que constituíram o trabalho em equipe em Enfermagem foram a comunicação, a confiança, o vínculo, o respeito e a colaboração mútua, bem como o reconhecimento do trabalho do outro, no entanto, o conflito é identificado como obstáculo para integração e colaboração entre profissionais da mesma equipe ou de equipes diferentes.

Em uma revisão sistemática de artigos brasileiros, a comunicação foi destacada como fundamental e uma ferramenta essencial para o trabalho de interação entre a equipe de Enfermagem, sendo um fator importante para reunir ou fragmentar, dependendo de como ela ocorre (ABREU et al., 2005).

Os participantes da pesquisa representam aproximadamente 42% da equipe de Enfermagem do STMO que atua diretamente na assistência ao paciente e o modelo foi aplicado com no máximo duas equipes por vez, o que totalizava quatro pacientes dos 14 leitos ativos. Por isso, é possível verificar que houve dificuldades com a divisão da escala tanto com relação aos pacientes que não faziam parte da pesquisa, quanto com a colaboração dos outros membros da equipe em revezar com os colegas que não eram participantes da pesquisa, quando os pacientes estavam em estado grave.

Embora o modelo preconize que haja uma equipe de Enfermagem fixa para os pacientes, pode haver situações em que o enfermeiro necessite que seja realizada uma reatribuição dos pacientes. Manthey (2014d) orienta que, quando o enfermeiro necessitar ter suas atividades amenizadas, a reatribuição de pacientes deve ocorrer de maneira efetiva.

É possível observar essa dificuldade nos discursos seguintes.

“A primeira fase é fácil, o mais difícil é quando o quadro clínico é grave e a equipe não quer revezar pensam que nós temos que cuidar quando está mais leve e quando está mais grave.” (E6).

“Não tive dificuldades com o modelo, mas tivemos problemas administrativos com a divisão da escala pelo fato de não conhecermos os outros pacientes.” (E9).

"Foi complicado os 2 pacientes estarem em dias semelhantes pós-transplante de medula óssea e eu como enfermeira de referência deles, tinha a SAE dos02 isso foi um pouco complicado." (E2).

A dificuldade citada para a divisão da escala de trabalho está relacionada à forma como essa atividade é organizada no STMO. Não existe um padrão pré-estabelecido. É realizada durante cada mês por enfermeiros assistenciais da seguinte forma: no turno da manhã é realizada por dois enfermeiros; à tarde, é realizada por um enfermeiro; e, no período noturno, cada noite organiza-se de forma voluntária.

A outra dificuldade citada nas falas acima foi cuidar dos pacientes em fases semelhantes e ter que realizar o Processo de Enfermagem/SAE para esses dois pacientes.

Segundo Truppel et al. (2009), sistematizar o cuidado implica em utilizar uma metodologia de trabalho embasada cientificamente. Isto resulta na consolidação da profissão e visibilidade para as ações desempenhadas pelo enfermeiro, bem como oferece subsídios para o desenvolvimento do conhecimento técnico-científico. Estes sustentam e caracterizam a Enfermagem enquanto disciplina e ciência, cujos conhecimentos são próprios e específicos.

Durante as oficinas, as participantes da pesquisa justificam a dificuldade em realizar todas as etapas do processo de Enfermagem/SAE de dois pacientes em períodos semelhantes de transplante devido às complicações clínicas e devido ao tempo que essa demanda de trabalho exige.

O processo de Enfermagem segundo a Resolução do COFEN 358/2009 organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

> I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.
> II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de Enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.
> III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de Enfermagem que serão

> realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.
> IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.
> V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de Enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

A falta de tempo é um fator dificultante para a operacionalização do processo de Enfermagem/SAE como é possível observar nos resultados obtidos pela revisão integrativa realizada por Neco, Costa e Feijão (2015), delineada pela questão norteadora: “o que se tem evidenciado na literatura científica acerca da implantação da SAE nos serviços de saúde brasileiros?”. Sete dos 11 artigos selecionados citaram a escassez de tempo.

Diante dessa dificuldade de tempo para a o Processo de Enfermagem, uma das sugestões foi:

“Outra sugestão é manter a divisão de ser uma enfermeira de referência da manhã e a outra da tarde.” (E12).

E para a dificuldade em cuidar de pacientes em fase semelhante do tratamento, as sugestões foram:

“Não manter dois pacientes com períodos próximos os dois em condicionamento ou no mesmo período pós transplante de medula óssea.” (E2).

“Não recomendo começar o modelo com dois pacientes no mesmo período, se eles complicarem, vai dificultar. Dá para dividir dois de doenças diferentes, uma doença que nós saibamos que o condicionamento é mais fácil e não vai dar muito trabalho, e um mais complicado, com dois complicados será difícil.” (E10).

Alternar pacientes em fases diferentes de tratamento poderia facilitar o cuidado de Enfermagem, visto que, segundo Lima e Bernardino (2014), os enfermeiros que atuam em unidade de TCTH executam todos os tipos de cuidado de Enfermagem, realizando com eficiência tanto atividades simples quanto muito complexas que

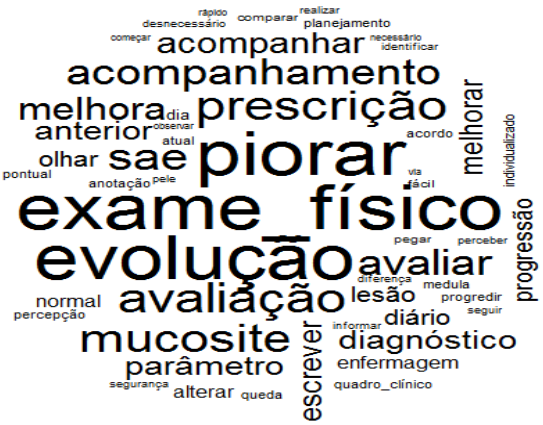
necessitam de longos períodos de prática e treinamento, considerando o cuidado ao paciente transplantado de forma integral, com o enfermeiro atendendo a todas as suas necessidades de saúde. Cabe aos enfermeiros também a realização de diversos cuidados especializados e atividades específicas do serviço, cujos conhecimentos para executá-las são adquiridos com treinamento e capacitação, resultando na atribuição de responsabilidades.

Nesta classe, verificou-se que o *Primary Nursing* favoreceu o trabalho em **equipe**, no entanto, houveram **dificuldades** como a resistência diante da implantação do modelo, a demanda de tempo para o Processo de Enfermagem e a **divisão** da escala de trabalho, principalmente quando as participantes da pesquisa sentiam a necessidade de **revezar** temporariamente devido ao estado clínico do paciente estar **complicado**. Para evitar o desgaste físico e emocional e evitar que o enfermeiro de referência tenha que fazer o Processo de Enfermagem completo para dois pacientes a **sugestão** dada foi alternar os pacientes em períodos semelhantes do tratamento.

5.1.6 Classe 6 – O Processo de Enfermagem com o *Primary Nursing.*

A sexta classe tem como principais palavras: **exame físico, piora, evolução, avaliação, prescrição, mucosite, SAE, avaliar** e **acompanhamento.** A classe representou 13,79% dos discursos e teve o aproveitamento de 59 ST aproveitados. A figura 11 mostra a representação gráfica da classe por meio da nuvem de palavras.

FIGURA 11 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA CLASSE 6 EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS PALAVRAS



Fonte: A autora (2017).

Nessa classe é possível verificar a relação do modelo *Primary Nursing* com o Processo de Enfermagem no STMO. Observando-se que a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) e o Processo de Enfermagem (PE) são tratados como sinônimos pelos sujeitos.

"A SAE era mais fácil, bem mais fácil porque eu sabia o que tinha que olhar, auscultava, via a pele, sabia onde estavam as coisas. Se aparecesse alguma diferença eu veria." (E17).

"Na SAE as anotações ficam mais adequadas." (E5).

"Na SAE a anotação melhora muito porque reduz o que se escreve temos que ser sucintos porque uma prescrição de Enfermagem de 6 páginas tem coisas desnecessárias." (E3).

"Na SAE facilitou para que façamos o diagnóstico correto do paciente exame físico e prescrição melhores e personalizadas." (E8).

"Facilita fazer a SAE porque quando recebi o paciente eu lembro que fiz o exame físico bem minucioso e depois para eu comparar ficou mais fácil porque eu vi como que ele internou, as lesões que ele tinha nas costas." (E4).

Na literatura, é possível verificar que SAE e Processo de Enfermagem não são sinônimos, pois a Resolução COFEN-358/2009 que dispõe sobre a SAE e a

implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências, considera que “a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem” e considera que “o Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional”. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Gutiérrez e Morais (2017) corroboram essa questão afirmando que o Processo de Enfermagem é um dos componentes da SAE, no entanto, na literatura nacional e prática, essa concepção não está amplamente compreendida pelos profissionais, pois os termos SAE e PE têm sido utilizados como sinônimos.

No estudo brasileiro de Santos (2016), realizado com 12 enfermeiros, com o objetivo de conhecer as potencialidades e fragilidades dos enfermeiros na construção das etapas do PE em um hospital pediátrico, evidenciou que os participantes do estudo apresentaram dificuldades em relação ao conceito de SAE e PE. No entanto, para a implementação da SAE, foram realizadas rodas de conversa, nas quais os conceitos e as etapas do PE foram discutidos, contudo, para a autora, as fragilidades em relação ao tema não são impeditivas para a implementação da SAE no referido hospital, pois os profissionais apresentaram motivação, envolvimento e compromisso com a SAE.

O estudo do Salvador et al. (2017), com o objetivo de descrever as percepções de docentes e de profissionais da assistência acerca da integração do técnico de Enfermagem na SAE. Demonstrou que os 13 técnicos de Enfermagem participantes apresentavam conhecimento subjetivo a respeito da SAE. Segundo os autores do estudo isso se deve ao processo formativo dos técnicos de Enfermagem em que tal abordagem foi deficitária ou mesmo inexistente. No entanto, é preciso que a integração desses profissionais na SAE seja consolidada por meio de capacitação e o envolvimento dos mesmos nesse processo.

Segundo Marx (2011), para viabilizar a prática da SAE, é necessária a adoção de um sistema de aplicação e cuidados de Enfermagem que realmente permita a sua efetiva utilização para o planejamento da assistência, administração dos cuidados e mensuração dos resultados assistenciais. Neste sentido, o *Primary Nursing* representa valiosa opção, pois tem como principal característica a autonomia do enfermeiro na prática clínica e no desempenho do seu papel.

O *Primary Nursing* facilitou o Processo de Enfermagem no STMO, na medida em que os relatos a seguir afirmam que o exame físico foi realizado com qualidade, as prescrições de Enfermagem eram personalizadas e atualizadas, bem como houve economia de tempo para realizar as etapas do Processo de Enfermagem.

"Foi uma outra visão um outro modo de fazer o exame físico a avaliação e um outro modo de pensar o que eu podia fazer de cuidado para melhorar e ver a progressão do cuidado." (E2).

"Fechar os diagnósticos de Enfermagem e alterar as prescrições era mais rápido no exame físico era possível acompanhar a melhora ou a piora de uma lesão." (E12).

"Diagnóstico e prescrição também ficaram melhores porque nós sabemos quando temos que inserir o ou retirar o cuidado observamos o paciente todos os dias e sabemos o que ele precisa." (E11).

"A prescrição era com cuidados que realmente seriam realizados." (E14).

"Eu tive uma outra visão quando nós começamos a fazer todos os dias pois agora está tendo propósito e nós fazemos prescrições que vão ser efetivamente realizadas." (E11).

"As prescrições eram direcionadas de acordo com o que o paciente precisava para o dia." (E9).

"Prescrições melhores e personalizadas." (E8).

A respeito do Processo de Enfermagem a Resolução COFEN-358/2009 dispõe (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

> Art. 4º Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de

> Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de Enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de Enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de Enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.
>
> Art. 5º O Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, participam da execução do Processo de Enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

O PE faz com que a assistência seja pautada na avaliação do paciente, a qual fornece os dados para que os diagnósticos de Enfermagem sejam elencados e direcionem as metas a serem alcançadas. Em conjunto, os diagnósticos de Enfermagem e as metas, são as bases para eleger as intervenções mais apropriadas a cada situação do paciente. Realizadas as intervenções, o alcance das metas deve ser avaliado e dessa avaliação retorna-se às fases anteriores nos casos em que as metas não tenham sido alcançadas, ou novos diagnósticos tenham sido identificados (GUEDES et al., 2012).

Em relação à prescrição de Enfermagem, o estudo de Faeda e Perroca (2017) realizado com 139 enfermeiros assistenciais em 20 unidades de internação de um hospital de ensino do estado de São Paulo, com o objetivo de investigar a concepção de enfermeiros sobre a conformidade da prescrição de Enfermagem às necessidades de cuidados de pacientes hospitalizados e fatores associados a esta conformidade, evidenciou que, para 43 (30,9%) enfermeiros, as prescrições de Enfermagem encontram-se, sempre, alinhadas às necessidades de cuidado dos pacientes; para 72 (52,1%), isso ocorre apenas algumas vezes, enquanto 24 (17%) julgam não estarem alinhadas. Da amostra, 121 (87,3%) referem que a inadequação decorre da incorreta utilização dos recursos da prescrição informatizada, por exemplo, copiar, acrescentar e excluir itens.

O estudo de Zunta e Castilho (2011) demostra uma das importâncias da prescrição de Enfermagem, pois com o objetivo calcular a porcentagem do faturamento gerado pela Enfermagem em relação ao faturamento total da UTI, realizaram uma pesquisa exploratória, descritiva, documental, com abordagem quantitativa, numa UTI geral, de um hospital privado de São Paulo, com a amostra de 159 pacientes. Os resultados mostraram que os procedimentos realizados pela Enfermagem foram responsáveis por 15,1% do faturamento total da UTI, sendo, em

média, 11,3% oriundo do faturamento da prescrição de Enfermagem e 3,8% da prescrição médica. Para as autoras, isso demonstra o quanto a Enfermagem contribui para o faturamento dos hospitais, sendo essa informação essencial para os gestores de Enfermagem, pois é argumento importante para a obtenção de recursos e garantia de cuidado seguro.

Diante da possibilidade de acompanhar os pacientes, realizar o PE de forma completa e integral diariamente, os enfermeiros da pesquisa atentaram para diversas alterações clínicas apresentadas pelos pacientes, dentre elas, a que teve maior frequência nos ST foi a mucosite.

"Pude observar a melhora e a piora da mucosite o ganho e a perda do peso e o edema, deu para acompanhar bem essas diferenças." (E15).

"Eu consigo diferenciar a melhora e a piora da mucosite." (TE1).

"Com o modelo eu consegui ver que eu sei avaliar que eu sei uma progressão de uma melhora ou de uma piora do quadro clínico ou de uma mucosite porque eu cuidava todos os dias do paciente." (E2).

"Foi interessante acompanhar a evolução de uma mucosite como a que eu nunca tinha visto com quanta velocidade de progressão ver dia a dia como evolui e progride rápido." (E4).

"Realmente tinha como avaliar o paciente dia a dia a dia a mucosite, a ausculta e o todo. Com o modelo eu consegui ver que eu sei avaliar que eu sei uma progressão de uma melhora ou de uma piora do quadro clínico ou de uma mucosite porque eu cuidava todos os dias do paciente." (E2).

"Sabemos quando a mucosite a dor abdominal e a dor supra púbica estão progredindo." (E16).

"Percebi que as minhas dúvidas para avaliar a mucosite se devem ao fato de eu cuidar de alguns pacientes esporadicamente." (E2).

A mucosite oral induzida por quimioterapia e radioterapia representa um desafio terapêutico frequentemente encontrado em pacientes em tratamento para o câncer. Este efeito secundário provoca uma morbidade significativa e pode atrasar o plano terapêutico, bem como aumentar as despesas com o tratamento. O desenvolvimento e evolução deste efeito secundário debilitante é relacionada à toxicidade dos agentes citotóxicos e à radiação ionizante e ao dano indireto da mucosa causado por uma reação inflamatória concomitante e exacerbada em casos de neutropenia e infecções causadas por bactérias, fungos e vírus (KÖSTLER et al., 2001).

Diante do exposto, é imprescindível que o enfermeiro deve classificar diariamente as condições bucais dos pacientes reportando as características, sinais e sintomas da mucosite e registre-as na avaliação de Enfermagem. Dessa forma, podem-se estabelecer intervenções e critérios de manejo da mucosite e a definição de protocolos e rotinas de avaliação para a equipe (CARLUCCI et al., 2016).

Como forma de fundamentar a cientificidade e a qualidade da assistência de Enfermagem, é necessário que o enfermeiro compreenda o perfil do paciente suscetível, os principais fatores etiológicos e as condutas preventivas e terapêuticas da mucosite, bem como embasar sua prática nos preceitos do PE e nas teorias referentes ao tema (ARAÚJO et al., 2015).

Nesta classe verificou-se que o *Primary Nursing* favoreceu que as participantes da pesquisa realizassem o **exame físico** de forma detalhada, podendo **avaliar** e **acompanhar** a **piora** ou a melhora de lesões advindas do tratamento, como a **mucosite.** A **prescrição** de Enfermagem era realizada com cuidados individualizados e de fato necessários para cada paciente, o que confere qualidade ao trabalho do enfermeiro e fortalece o Processo de Enfermagem/**SAE**.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo *Primary Nursing* foi sugerido como tema para essa pesquisa diante da necessidade observada de personalizar o cuidado, aproximar os profissionais de Enfermagem aos pacientes submetidos ao TCTH e seus cuidadores e consequentemente buscar melhorias para o cuidado de Enfermagem do STMO.

Para que o modelo fosse implantado utilizou-se como PCA, pois este método alia a teoria, a prática e a pesquisa. Ele favoreceu a implantação do modelo, pois a equipe de Enfermagem participou ativamente da mudança, com discussões sobre o tema, participação em oficinas e da aplicação do *Primary Nursing.*

Por meio de oficinas, a equipe de Enfermagem foi sensibilizada sobre o tema, recebeu explicações sobre a forma como o *Primary Nursing* seria implantado e, após o início da prática do modelo, houveram discussões periódicas com a pesquisadora sobre os pontos positivos, as dificuldades ou pontos negativos, as dúvidas e as sugestões.

Nos encontros para as discussões e na observação participante, foi possível observar que embora houvessem dificuldades, havia também o desejo das participantes em esforça-se para que o *Primary Nursing* fosse colocado em prática.

As discussões em grupo foram de extrema importância, pois a cada encontro era possível discutir, aprofundar o tema e buscar melhorias, visto que o STMO é um serviço extremamente especializado e específico.

Na maioria das oficinas, as participantes estavam satisfeitas e felizes com o modelo, no entanto, houveram dificuldades que, por vezes, foram expressas por choro e tristeza, como nos casos dos pacientes internados por longo tempo, com mal prognóstico ou em casos de óbito.

Diante disso, elas foram orientadas a cuidar de outros pacientes ou realizar outras atividades de Enfermagem no STMO, caso julgassem necessário. Com base nas informações obtidas nas oficinas e nas observações participantes, julgou-se necessário fornecer apoio psicológico a todos os profissionais de Enfermagem da unidade. Dessa forma, esta pesquisadora, com o apoio de chefia de Enfermagem imediata e da supervisão de Enfermagem da UTOH, solicitou o apoio do serviço de Psicologia, que iniciou um trabalho de discussão em grupo em encontros periódicos com psicólogas residentes em hematologia/oncologia da UFPR, sob supervisão da preceptora responsável pelo serviço de Psicologia do STMO, para que a equipe de

Enfermagem pudesse discutir entre si e com essas profissionais sobre as questões que afetam o seu psicológico, relacionadas ao cuidado a pacientes submetidos ao TCTH.

Todas as questões abordadas nas oficinas e observadas por meio da observação participante foram registradas em um diário de campo que serviu como apoio para se ter uma visão ampliada de como estava o andamento do processo de implantação do modelo, bem como para subsidiar discussões e esclarecimentos.

Com o apoio e orientação da CEPen, os participantes receberão certificados de participação e a pesquisadora receberá certificado de instrutora das oficinas, dessa forma, as oficinas serão reconhecidas pela Instituição como educação em serviço.

A obtenção dos dados foi realizada por meio de uma entrevista, pois entendeu-se que dessa forma cada participante poderia expressar como foi a vivência com o *Primary Nursing* com privacidade, liberdade e individualidade.

Para a análise dos dados utilizou-se o software *Iramuteq* como ferramenta, com a qual pode ser mantida a postura neutra da pesquisadora na análise dos dados, uma vez, que faz parte da equipe de Enfermagem do local da pesquisa.

Foram geradas e analisadas seis classes que mostraram as palavras com maior frequência e significância para cada classe e a partir disso foi analisado cada segmento de texto para compreender qual era a representatividade e o significado deles para cada participante da pesquisa.

Os resultados desse estudo evidenciaram que os profissionais de Enfermagem que vivenciaram a implantação do *Primary Nursing* no STMO passaram por uma **experiência** nova que permitiu-lhes atentar para cada **detalhe** e **conhecer melhor** os **pacientes**. O cuidado de Enfermagem passou a ser cada vez mais individualizado, pois os discursos mostram que os profissionais sabiam ao certo inclusive qual era o melhor momento para **chegar**, entrar no **quarto** e **acordar** os pacientes. O quarto foi o local onde o cuidado direto se **desenvolvia**, onde ao **entrar**, os profissionais de Enfermagem relacionavam-se e cuidavam dos pacientes e da **família**.

Dos membros da **família**, a **mãe** foi a cuidadora mais citada, com a qual as participantes do estudo desenvolveram maior **vínculo**.

O **vínculo** entre profissionais e pacientes/cuidadores foi fortalecido pelo fato do **modelo** favorecer **acompanhamento** contínuo. Nessa questão houveram os pontos positivos e os **negativos.** Dentre os pontos positivos, as participantes relataram que o **cuidar** ultrapassou as questões técnicas e um dos exemplos foi que o **brincar** fez

parte da **rotina**. De **negativo**, o vínculo fez com que, ao **ver** o **sofrimento** dos pacientes, as participantes ficassem **abaladas**. No entanto, elas reconhecem que, em casos específicos, esse sentimento foi exacerbado pelo fato da aproximação ter extrapolado a relação profissional.

A implantação do *Primary Nursing* resultou em outros fatores positivos, como o aperfeiçoamento do Processo de Enfermagem/**SAE**. Os resultados mostram que **avaliações** eram realizadas com mais facilidade e acurácia, de forma que no **exame físico** era possível verificar a melhora ou a **piora** da **mucosite**, da permeabilidade do **cateter** central e do quadro clínico dos pacientes de forma geral, resultando em **prescrições** de Enfermagem coerentes e individualizadas.

O trabalho em **equipe** foi considerado positivo entre os participantes da pesquisa. Estes foram organizados em equipes fixas com um enfermeiro de referência. A princípio um enfermeiro de referência esteve responsável por dois pacientes, o que gerou **dificuldades** devido necessidade de tempo para realizar as atividades burocráticas e pelos pacientes apresentarem complicações semelhantes por estarem em períodos próximos do tratamento. Então, por **sugestão** das equipes, a **divisão** da escala foi adaptada à realidade e especificidade do STMO, em que as **equipes** se mantinham fixas, no entanto, cada enfermeiro de referência passou a ser responsável por um **paciente.**

Outro fator positivo do trabalho em **equipe** foi a colaboração mútua relatada e observada, em que os participantes se sentiam confiantes de que o cuidado seria continuado no turno seguinte. A colaboração maior foi entre o turno da **manhã** e da tarde. Isto pode estar relacionado ao maior número dos participantes da pesquisa trabalharem nesses turnos. No noturno, foi relatada a dificuldade de **revezamento** da escala com profissionais não participantes da pesquisa, fato que ocorreu quando as enfermeiras se sentiram desgastadas pelo fato do quadro clínico do paciente estar **complicado**.

As dificuldades para a realização da parte prática dessa pesquisa foi realizar as oficinas durante o horário de trabalho, devido à pouca disponibilidade de tempo da equipe, a falta de flexibilidade do prontuário eletrônico para realizar as prescrições de Enfermagem no período vespertino, a divisão da escala e a resistência à mudança com alguns membros da equipe não participantes da pesquisa. As limitações para a parte teórica foram a escassez de estudos nacionais, internacionais e atuais sobre a temática o que evencia a necessidade novos estudos na área.

Contudo, observou-se que a implantação do *Primary Nursing* foi uma construção coletiva em que os fatores positivos e de melhora para a assistência de Enfermagem no STMO foram superiores às dificuldades.

Esta pesquisa alcançou os objetivos específicos de sensibilizar a equipe de Enfermagem para o *Primary Nursing* como modelo para o cuidado de Enfermagem, implantar o *Primary Nursing* como modelo para o cuidado de Enfermagem e descrever o cuidado de Enfermagem em TCTH com o modelo *Primary Nursing.*

A pesquisa evidencia que o *Primary Nursing* é um modelo viável para o STMO, alcançando o objetivo geral da pesquisa em propor o *Primary Nursing* como modelo para o cuidado de Enfermagem a pacientes submetidos ao TCTH. Sendo esta proposta de implantação do modelo o produto da dissertação, que corrobora os objetivos do Programa de Mestrado Profissional, os quais são realização de pesquisas que visam intervenções que repercutam em melhorias na atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU, L. O. O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Enferm**., Brasília, v. 58, n. 2, p. 203-207, mar/abr. 2005.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a15.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2017.

AFONSO, M. L. M. Como construir uma proposta de oficina. In: AFONSO, M. L. M.; et al. **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2013b. p. 133-144.

AFONSO, M. L. M.; COUTINHO, A. R. A. Metodologias de trabalho com grupos e sua utilização na área da saúde. In: AFONSO, M. L. M.; et al. **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2013. p. 67.

AFONSO, M. L. M. Grupos: o que são e como se organizam. In: AFONSO, M. L. M.; et al. **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2013a. p. 27.

ALMADA, L.; POLICARPO, R. V. S. A relação entre o estilo de liderança e a resistência à mudança dos indivíduos em um processo de fusão. **REGE - Revista de Gestão**, São Paulo, v. 23, p.10-19, jan/mar. 2016. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1809227616300029>. Acesso em: 8 mai. 2017.

AMIGO FILHO, J. U. et al. Emergências e terapia intensiva no TCTH. In: VOLTARELLI, J. C.; PASQUINI, R. ORTEGA, E. T. T. **Transplante de células-tronco hematopoéticas**. São Paulo: Atheneu, 2009. p.881-910.

ANDRES, C. et al. Improving primary care continuity is about relationships. **Can Fam Physician**, v. 62, n. 2, p. 116-119, fev. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4755624/>. Acesso em: 20 mai. 2017.

ARAÚJO, S. N. M. et al. Cancer patients with oral mucositis: challenges for nursing care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n.2, p. 267-274, mar/abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/0104-1169-rlae-23-02-00267.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2017.

BAGGIO, M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.***,* Goiânia, v. 08, n. 01, p. 09-16, 2006. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_1/original_01.htm>. Acesso em: 12 jun. 2017.

BÖNIGK, M.; STEFFGEN, G. Effects of Habitual Anger on Employees' Behavior during Organizational Change. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 10, n. 12, p. 6215-6234, nov. 2013. Disponível em: <http://www.mdpi.com/1660-4601/10/12/6215/htm>. Acesso em: 8 mai. 2017.

BORGES, M. C. L. A. et al. Cuidado de enfermagem: percepção dos enfermeiros assistenciais. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.33, n. 1, p. 42-48, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a06v33n1.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2017.

BRANDALIZE, D. L. **Cuidado de enfermagem à mãe na vivência do processo de transição de saúde-doença do filho com cardiopatia congênita**. 2007. 136 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/ppgenf/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/5_CUIDADO-DE-ENFERMAGEM-A-M%C3%83E-NA-VIV%C3%8ANCIA-DO-PROCESSO-DE-TRANSI%C3%87%C3%83O-DE-SA%C3%9ADE-DOEN%C3%87A-DO-FILHO-COM-CARDIOPATIA-CONG%C3%8ANITA.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência** / **Ministério da Saúde**. **Secretaria de Atenção à Saúde**, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf>. Acesso em 24 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2015.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em 10 jul. 2016.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionelles de Textes et de Questionnaires*)**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2017.

CARLUCCI, V. D. D. et al. Nursing care provided to hematologic cancer patients receiving high-dose chemotherapy: an integrative review. **J Nurs UFPE on line**, Recife, v. 10, p. 1.544-1.555, abr. 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7581/pdf_10106>. Acesso em: 26 mai. 2017.

CARMONA, L. M. P.; LALUNA, M. C. M. C. Primary Nursing: pressupostos e implicações na prática. **Rev. Eletr. Enf**. Goiânia. v. 4, n. 1, p. 12-17, 2002. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em 01 jun. 2015.

CARRARO, T.E.; WALL, M. L. Um modelo de cuidado de Enfermagem aplicado a grupos de mulheres-mães. **Av. Enferm**, v. 23, n.1, p. 90-99, jan/jun. 2005. Disponível em: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37846/40114>. Acesso em: 10 jun. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 200, de 15 de abril de 1997. Dispõe sobre a atuação dos profissionais de enfermagem em hemoterapia e transplante de medula óssea. Rio de Janeiro, abr. 1997. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2001997-revogada-pela-resoluo-3062006_4254.html>. Acesso em: 05 mai 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). 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. Brasília, out. 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 05 mai. 2017.

COSTA, C. M. et al. Modelo para passagem de plantão no HUB**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 5, n. 3, p. 1139-1149, set. 2014. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22705/16254>. Acesso em: 24 mai. 2017.

CRESWELL, J. W. Métodos qualitativos. In: ___. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 206-224.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. Definição de modelos de Enfermagem. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/?IsisScript=../cgi-bin/decsserver/decsserver.xis&task=exact_term&previous_page=homepage&interface_language=p&search_language=p&search_exp=Modelos%20de%20Enfermagem>. Acesso em: 16 mai. 2017.

DICIONÁRIO ON-LINE DE PORTUGUÊS. Significado de dendograma. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/pesquisa.php?q=dendograma>. Acesso em 02 jun. 2017.

DICIONÁRIO ON-LINE DE PORTUGUÊS. Significado de dvd. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/dvd/>. Acesso em 24 mai. 2017.

DICIONÁRIO ON-LINE DE PORTUGUÊS. Significado de experiência. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/experiencia/>. Acesso em 19 mai. 2017.

DICIONÁRIO ON-LINE DE PORTUGUÊS. Significado de expert. Disponível em: <http://www.dicio.com.br/expert/>. Acesso em 05 jul. 2016.

DICIONÁRIO ON-LINE DE PORTUGUÊS. Significado de imergir. Disponível em: <http://www.dicio.com.br/imergir/>. Acesso em 05 jul. 2016.

DICIONÁRIO ON-LINE DE PORTUGUÊS. Significado de pancitopenia. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/pancitopenia/>. Acesso em 05 jul. 2016.

DICIONÁRIO ON-LINE DE PORTUGUÊS. Significado de perscrutar. Disponível em: <http://www.dicio.com.br/perscrutar/>. Acesso em 05 jul. 2016.

DICIONÁRIO ON-LINE DE PORTUGUÊS. Significado de plaquetopenia. Disponível em: <http://www.dicio.com.br/plaquetopenia/>. Acesso em 05 jul. 2016.

DISCURSO DA MISS COLORADO LEGENDADO. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=YYBg557N60c>. Acesso em: 20 mai. 2016.

DRACH-ZAHAVY, A. Primary nurses' performance: role of supportive management. **J Adv Nurs**., v. 45, n. 1, p. 7-16, jan. 2004. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2003.02855.x/epdf>. Acesso em: 17 jun. 2017.

ELSEN, I. Prefácio. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2014. p. 7.

FAEDA, M. S.; PERROCA, M. G. Conformity of nurse prescribing to care needs: nurses' understanding. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.70, n.2, p. 400-406, mar/abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/0034-7167-reben-70-02-0400.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2017.

FERMO, V. C. et al. Professional attitudes toward patient safety culture in a Bone Marrow Transplant Unit. **Rev Gaúcha Enferm**., Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 1-9, mar. 20116. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n1/en_0102-6933-rgenf-37-1-1983-144720160155716.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2017.

FERNANDES, L. D.; GÖTTEMS, L. B. D. Humanização e ambiência na clínica médica do hospital de base do distrito federal. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 4, n. 2, p.1917-1931, mai. 2013. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22929/16452>. Acesso em: 24 mai. 2017.

FERREIRA, N. S. A. As pesquisas denominadas “Estado da Arte”**. Educação & Sociedade**, ano XXIII, n.79, p. 257-272, ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v23n79/10857>. Acesso em: 06 jun. 2017.

FERRUA, R. et al. The impact of the Primary Nursing Model on cultural improvement: a mixed-method study. **Creative Nursing**, v. 22, p. 259-268, 2016. Disponível em: <http://docserver.ingentaconnect.com/deliver/connect/springer/10784535/v22n4/s8.pdf?expires=1498699135&id=90965295&titleid=72010028&accname=Universidade+Federal+do+Parana+%28UFPR%29&checksum=524519637C7C78EAFE66A009E3116DA6>. Acesso em: 06 mar. 2017.

FONSECA, R. B.; SECOLI, S. R. Drugs used in bone marrow transplantation: a study about combinations of potentially interactive antimicrobials. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 703-711, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/en_v42n4a12.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2017.

FREEMAN, G.; HUGHES, J. **Continuity of care and the patient experience**. Londres: The King’s Fund, 2010. p. 50. Disponível em:

<https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_document/continuity-care-patient-experience-gp-inquiry-research-paper-mar11.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2017.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD. D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n.2, p. 335-342, abr/jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00335.pdf>. Acesso em: 03 out. 2016.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, fev. 1987. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.4770100103/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=PUBLICATION_OUTSIDE_OF_LICENSE_PERIOD>. Acesso em: 6 abr. 2016.

GARBIN, L. M. et al. Infection Prevention Measures Used in Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Evidences for Practice. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 640-650, mai/jun 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00335.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2017.

GOMES, I. L. V. et al. A hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas. **Cogitare Enferm**., Curitiba, v. 17, n. 4, p. 703-709, out/dez. 2012. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/30378/19654>. Acesso em: 18 mai. 2017.

GONÇALVES, M. I. et al. Communication and patient safety in the change-of-shift nursing report in Neonatal Intensive Care Units. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/en_0104-0707-tce-25-01-2310014.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2017.

GUEDES, E. S. et al. Attitudes of nursing staff related to the nursing process. **Rev. esc. enferm**. USP, São Paulo, v.46, p. 130-137, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46nspe/en_19.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2017.

GULLIFORD, M.; NAITHANI, S.; MORGAN, M. What is 'continuity of care'?. **J Health Serv Res Policy**, v. 11, n. 4, p. 248-250, out. 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17018200>. Acesso em: 20 mai. 2017.

GUTIÉRREZ, M. G; MORAIS, S. C. Systematization of nursing care and the formation of professional identity. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 436-444, abr.2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/0034-7167-reben-70-02-0436.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2017.

HOFFBRAND, A. V.; PETTIT. J. E.; MOSS, P. A. H. Transplante de células-tronco. In: ___. **Fundamentos em hematologia**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.106-113.

HOSPITAL DE CLÍNICAS – UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. A HISTÓRIA DO HC. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/?q=content/historia-do-hc>. Acesso em 20 nov. 2015.

IKEDA, A. L. C.; CRUZ, F. B. J. da; ROSA, L. M. da. Collection and infusion stem cells hematopoietic: nursing, technology and teaching-learning. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, v. 9, n. 2, p. 896-901, fev, 2015. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5947/pdf_7291>. Acesso em: 24 mai. 2017.

JANSEN, M. F; SANTOS, R. M. dos; FAVERO. L. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de Enfermagem prestado à criança hospitalizada. **Rev Gaúcha Enferm**., Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 247-253, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/07.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2017.

KIVIMÄKI, M. et al. Sickness absence and the organization of nursing care among hospital nurses. **Scand J Work Environ Health**, v. 30, n. 6, p. 468-476, dez. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15633598>. Acesso em: 17 jun. 2017.

KORHONEN, A.; KANGASNIEMI, M. Nurses' narratives on termination of primary nursing relationship with parents in neonatal intensive care. Scandinavian journal of caring sciences. **Scand J Caring Sci**, v. 28, p. 716-723, 2014. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12101/epdf>. Acesso em: 05 mar. 2017.

KÖSTLER, W. J. et al. Oral mucositis complicating chemotherapy and/or radiotherapy: options for prevention and treatment. **CA Cancer J Clin**., v. 51, n. 5, p. 290-315, set/out. 2001. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/canjclin.51.5.290/epdf>. Acesso em: 26 mai. 2017.

LACERDA, M. R. et al. Pesquisa-ação, pesquisa convergente assistencial e pesquisa cuidado no contexto da Enfermagem: semelhanças e peculiaridades. **Rev. Eletr. Enf.,** Goiânia, v. 10, n. 3, p. 843-848, set. 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a31.htm>. Acesso em: 01 jul. 2016.

LACERDA, M. R.; LIMA, J. B. G. de; BARBOSA, R. Prática de enfermagem em transplante de células-tronco hematopoéticas. **Rev. Eletr. Enf.,** Goiânia, v. 9, n. 1, p. 242-250, abr. 2007. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7151/5063>. Acesso em: 19 abr. 2017.

LIMA, K.; BERNARDINO, E. O cuidado de Enfermagem em unidade de transplante de células-tronco hematopoéticas. **Texto contexto Enferm**. Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 845-853, out./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-00845.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2016.

MAGALHÃES, A. M. M.; JUCHEM, B. C. Primary Nursing: adaptando um novo modelo de trabalho no serviço de enfermagem cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto

Alegre. **R. gaúcha Enferm**., v. 21, n. 2, p. 5-18, jul. 2000. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4313/2275>. Acesso em: 20 mai. 2017.

MAIA, V. R. et al. Protocolos de Enfermagem: assistência de Enfermagem no transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas de sangue periférico. **Hemorio**. Rio de Janeiro. p. 06. Disponível em: <http://www.hemorio.rj.gov.br/Html/pdf/Protocolo_tmo.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2017.

MÄKINEN, A. et al. Organization of nursing care as a determinant of job satisfaction among hospital nurses. **J Nurs Manag.**, v. 11, n. 5, p. 299-306, set. 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12930535>. Acesso em: 17 jun. 2017.

MANTHEY, M. Apresentação. In: ___ **A prática do Primary Nursing**: prestação de cuidados dirigida pelos recursos, baseada no relacionamento. São Paulo: Atheneu, 2014a.

MANTHEY, M. Elementos do Primary Nursing. In: ___. **A prática do primary nursing**: prestação de cuidados dirigida pelos recursos, baseada no relacionamento. São Paulo: Atheneu, 2014b. p. 37-44.

MANTHEY, M. A implantação do Primary Nursing. In: ___. **A prática do primary nursing**: prestação de cuidados dirigida pelos recursos, baseada no relacionamento. São Paulo: Atheneu, 2014c. p. 55-75.

MANTHEY, M. Perguntas mais comuns sobre o Primary Nursing respondidas com o senso comum. In: ___. **A prática do primary nursing**: prestação de cuidados dirigida pelos recursos, baseada no relacionamento. São Paulo: Atheneu, 2014d. p.107.

MARQUEZE, E. C.; MORENO, C. R. C Satisfação no trabalho – uma breve revisão. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 30, n. 112, p. 69-79, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v30n112/07.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2017.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. Nurses' work in intensive care units: feelings of suffering. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 52-58, jan/fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/09.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2017.

MARTINS, Q. C. S. **Nursing Activities Score (NAS) como instrumento de medida de carga de trabalho em unidade de hematologia e transplante de células-tronco hematopoiéticas**. 2013. 98 f. Tese. (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/87180>. Acesso em: 19 abr. 2017.

MARX, L. C. Gestão de Enfermagem voltada a resultados. In: ___. **Competências de Enfermagem**: sedimentadas no Sistema Primary Nursing. Petrópolis: EPUB, 2006a. p. 165-179.

MARX, L. C. Mudanças e transição. In: ___. **Competências de Enfermagem**: sedimentadas no Sistema Primary Nursing. Petrópolis: EPUB, 2006b. p. 134-138.

MARX, L. C. Sistema Primary Nursing como fator de humanização para a assistência de Enfermagem em centro cirúrgico. In: MALAGUTTI, W. (Org.). **Gestão do serviço de Enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Rubio, 2009a, p. 161-173.

MARX, L. C. Sistema Primary Nursing. In: HARADA, M. J. C. S. (Org.). **Gestão em Enfermagem**: ferramenta para prática segura. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 185-191.

MCCAUSLAND, M. P.; PERSING, J. R.; KILEY, M. Primary nursing in a psychiatric setting. **Nurs Econ**., v. 6, n. 6, p. 297-301, nov/dez. 1988. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3211214>. Acesso em: 20 mai. 2017.

MEFFORD, L. C.; ALLIGOOD, M. R. Evaluating nurse staffing patterns and neonatal intensive care unit outcomes using Levine_s conservation model of nursing. **Journal of Nursing Management**, v.19, p. 998-1011, 2011. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2011.01319.x/epdf>. Acesso em: 05 mar. 2016.

MELO, M. B. de; BARBOSA, M. A.; SOUZA, P. R de. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, jul/ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_26.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2017.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n. 4, p. 758-64, out/dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em 6 jun. 2017.

MIRANDA, E. C.; SILVA, G. T.; PASQUINI, M. C. Pesquisa clínica e bioestatística aplicadas ao transplante de células-tronco hematopoéticas. In: VOLTARELLI, J. C.; PASQUINI, R. ORTEGA, E. T. T. **Transplante de células-tronco hematopoéticas**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 133.

MOORE, N. Prefácio. In: MANTHEY, M. **A prática do Primary Nursing**: prestação de cuidados dirigida pelos recursos, baseada no relacionamento. São Paulo: Atheneu, 2014.

MORAIS, G. S. N.; COSTA, S. F. G. da. Existential experience of mothers of hospitalized children in Intensive Pediatric Care Unit. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 3. p. 635-641, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en_a20v43n3.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2017.

NADEAU, K. et al. Perceptions of a Primary Nursing Care Model in a Pediatric Hematology/Oncology Unit. **Journal of Pediatric Oncology Nursing,** v. 34, n. 1, p. 28-34, 2017. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1043454216631472?url_ver=Z39.88-

2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed>. Acesso em 19 mar. 2017.

NARDI, M. B. **Cuidados de enfermagem aos pacientes adultos submetidos a transplante de medula óssea: uma revisão integrativa**. 49 f. Trabalho de Graduação (Disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II) – Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/35934>. Acesso em: 12 jun. 2017.

NAVARRO, A. S. S; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Teamwork and its meaning to professionals working in the family health strategy program. **REME - Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 69-75, jan/mar. 2013. Disponível em: < http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/579>. Acesso em: 8 mai. 2017.

NECO, K. K. S; COSTA, R. A.; FEIJÃO, A. R. Systematization of nursing care in health institutions in brazil: an integrative review. **J Nurs UFPE on line**., Recife, v. 9, n. 1, p.193-200, jan. 2015. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6602/pdf_6925>. Acesso em: 15 mai. 2017.

NISHIO, E. A.; BETTA, C. A. Sistema Primary Nursing. - relato de experiências de instituições brasileiras. In: HARADA, M. J. C. S. (Org). **Gestão em Enfermagem**: ferramenta para prática segura. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 197.

NISSEN, J. M. J. F.; BOUMANS, N. P. G.; LANDEWEERD, J. A. Primary nursing and quality of care: a Dutch study. **Int J Nurs Stud**., v. 34, n. 2, p. 93-102, abr. 1997. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748996000399?via%3Dihub>. Acesso em: 20 mai. 2017.

NÓBREGA, M. M. L. da; BARROS, A. L. B. L. de. Modelos assistencias para a prática de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 54, n. 1, p . 74-80, jan./mar. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v54n1/v54n1a09.pdf>. Acesso em 25 mai. 2017.

PAIM, L.; TRENTINI, M. Pesquisa convergente assistencial e seus atributos. In: ___. **Pesquisa convergente assistencial**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Porto Alegre: Moriá, 2014. p. 21-23.

PAIM, L.; TRENTINI, M.; SILVA, D. M. G. V. Pesquisa convergente assistencial. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (Org.). **Metodologias da pesquisa para a Enfermagem e saúde**: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015. p. 184-200.

OLIVEIRA, E. M. et al. Nursing practice environment and work satisfaction in critical units. **Rev Bras Enferm**., Brasília, v. 70, n. 1, p. 79-86, jan/fev. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/en_0034-7167-reben-70-01-0079.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2017.

ORTEGA, E. T. T. A Enfermagem e a equipe de saúde. In: ___ **Compêndio de Enfermagem em transplante de células-tronco hematopoéticas**: rotinas e

procedimentos em cuidados essenciais e em complicações. Curitiba: Maio, 2004a. p. 33.

ORTEGA, E. T. T. O processo de TCTH na Unidade de Internamento. In: ___ **Compêndio de Enfermagem em transplante de células-tronco hematopoéticas**: rotinas e procedimentos em cuidados essenciais e em complicações. Curitiba: Maio, 2004b. p.129.

ORTEGA, E. T. T. et al. Complicações agudas do TCTH. In: ___ **Compêndio de Enfermagem em transplante de células-tronco hematopoéticas**: rotinas e procedimentos em cuidados essenciais e em complicações. Curitiba: Maio, 2004. p.197-198.

ORTEGA, E. T. T.; STELMATCHUK, A. M.; CRISTOFF, C. Assistência de Enfermagem no transplante de células-tronco hematopoéticas. In: VOLTARELLI, J. C.; PASQUINI, R. ORTEGA, E. T. T. **Transplante de células-tronco hematopoéticas**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 1031-1090.

PASQUINI, R.; COUTINHO, E. Fundamentos e Biologia em Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas. In: ___. **Tratado de hematologia**. São Paulo: Atheneu, 2013. p.711.

PASQUINI, R. Fundamentos e biologia em transplante de células hematopoéticas. In: ZAGO, A. A.; FALCÃO, R. P.F.; PSQUINI, R. **Hematologia**: fundamentos e prática. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 914-921.

PAULA, C. C. de; PADOIN, M. M.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa como ferramenta para tomada de decisão na prática em saúde. In: LACERDA, M. R. L.; COSTENARO, R. G. S. (Org.). **Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde**: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015. p. 51-75.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **REBEn**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, set./out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2017.

PORTAL, K. M.; MAGALHÃES. A. M. M. de. Passagem de plantão: um recurso estratégico para a continuidade do cuidado em enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 246-253, jun. 2008. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5588/3198>. Acesso em: 22 mai. 2017.

PORTAL DA ENFERMAGEM. Entrevistas: Primary Nursing_Lore Cecília Marx_16 de março de 2009b.Disponível em: <http://www.portaldaenfermagem.com.br/entrevistas_read.asp?id=3>. Acesso em 05 ago. 2015.

PROENÇA, S. F. F. S. **Qualidade de vida nos 100 dias do transplante de células-tronco hematopoéticas**. 2015. 142 f. Dissertação. (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná,

Curitiba, 2015. Disponível em: <http://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/41313>. Acesso em: 17 mai. 2017.

RANTANEN, A. et al. Two models of nursing practice: a comparative study of motivational characteristics, work satisfaction and stress. **Journal of Nursing Management**, v. 24, p. 261–270, 2016. Disponível em:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12313/epdf>. Acesso em: 07 mar. 2017.

REKSUA; V. M.; SILVA; A.A.; D'ORO, M. P. O cuidado humanizado no serviço de transplante de medula óssea. In: ORTEGA, E. T. T.; et al. **Compêndio de Enfermagem em transplante de células-tronco hematopoéticas**: rotinas e procedimentos em cuidados essenciais e em complicações. Curitiba: Maio, 2004. p. 83-86.

RIBEIRO, J. P.; GOMES, G. C.; THOFEHRN, M. B. Health facility environment as humanization strategy care in the pediatric unit: systematic review. **Rev. esc. enferm**. USP. São Paulo, v.48, n.3, p. 527-536, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000300530>. Acesso em: 24 mai. 2017.

ROCHA, P. K.; PRADO, M. L.; SILVA, D. M. Guerreiro V. Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**., Brasília , v. 65, n. 6, p. 1019-1025, dez. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2016.

ROCHA, V. da. et al. Quality of life of hospitalized patients submitted to hematopoietic stem cells transplantation. **Rev. Eletr. Enf**., Goiânia, v. 17, n. 4, p. 01-08, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.36037>. Acesso em: 16 mai. 2017.

ROSE, P.; YATES, P. Person centred nursing care in radiation oncology: A case study. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 17, p. 554-562, 2013. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388913000136?via%3Dihub> . Acesso em: 22 mai. 2017.

ROSE, P.; YATES, P. Patients' outcomes related to person-centred nursing care in radiation oncology: A case study. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 19, p. 731-739, 2015. Disponível em: <http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(15)00082-4/pdf>. Acesso em: 20 mai. 2017.

RUBIO, M. E. et al. A satisfação do paciente idoso com relação ao modelo de assistência de enfermagem baseado no Sistema Primary Nursing. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 197-208, set. 2011. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/10099/7579>. Acesso em: 19 mai. 2017.

SALVADOR, P. T. C. O. et al. Perceptions of nursing professionals regarding the integration of nursing technicians in the systematization of care. **Esc. Anna Nery**, Rio

de Janeiro, v.21, n.2, p. 1-9, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n2/en_1414-8145-ean-21-02-e20170035.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2017.

SANTOS, D. R. dos. et al. The play process of the hospitalized child, guided by the ludic model. **Cogitare Enferm**., Curitiba, v. 19, n. 3, p. 571-574, jul/set. 2014. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/36669/23261>. Acesso em: 16 mai. 2017.

SANTOS, R. C. M. dos. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**: construção de um modelo para o processo de Enfermagem em um hospital pediátrico. 2016. 126 f. Dissertação. (Mestrado Profissional de Gestão do Cuidado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/167860/341410.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 26 mai. 2017.

SCHNEPPER, R. A. **Qualidade de vida dos cuidadores principais de pacientes submetidos ao transplante de célula-tronco hematopoéticas**. 2016. 73 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016. Disponível em: <http://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/44170>. Acesso em: 17 mai. 2017.

SILVA, J. B. et al. Nursing workload in hematopoietic stem cell transplantation: a cohort study. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. spe, p. 92-98, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/en_1980-220X-reeusp-49-spe-0093.pdf>. Acesso em 06 jun. 2016.

SIQUEIRA, V. L. C. P. de; KURCGANT, P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. **Acta Paul Enferm**., São Paulo, v. 18, n. 4, p. 446-451, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a15v18n4.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2017.

SLATYER, S. et al. Professional practice models for nursing: a review of the literature and synthesis of key components. **Journal of Nursing Management**, v. 24, n. 2, p. 139-150, mar. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25975609>. Acesso em: 05 mai. 2017.

SOUZA, C. C. F. de; OLIVEIRA, I. C. S. A participação da mãe nos cuidados ao seu filho hospitalizado: uma perspectiva da equipe de enfermagem**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 379-387, dez. 2003. Disponível em: <http://eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1059>. Acesso em: 18 mai. 2017.

SOUZA, G. C. de. et al. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration? **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 640-647, jul. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/0080-6234-reeusp-50-04-0642.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2017.

STUMM, E. M. F.; LEITE, M. T.; MASCHIO, G. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. **Cogitare Enferm**., Curitiba, v. 13,

n. 1, p. 75-82, jan/mar. 2008. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/11955/8436>. Acesso em: 19 abr. 2017.

SUHONEN, R. et al. Hospitals' organizational variables and patients' perceptions of individualized nursing care in Finland. **J Nurs Manag**, v. 15, n. 2, p. 197-206, mar. 2007. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2007.00650.x/epdf>. Acesso em: 17 jun. 2017.

TOREZAN, M. A. Relatos de experiências de instituições brasileiras. In: MARX, L. C. **Gestão em enfermagem ferramentas para a prática segura.** São Paulo: Yendis, 2011. p. 196-197.

TRENTINI, M. O processo convergente assistencial. In: ___. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2014. p. 31-46.

TRENTINI, M.; PAIM, L. O desenho de pesquisa convergente assistencial (PCA). In: ___. **Pesquisa convergente assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-Enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004a. p. 24.

TRENTINI, M.; PAIM, L. A trajetória da pesquisa convergente assistencial (PCA). In: ___. **Pesquisa convergente assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-Enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004b. p. 37-94.

TRUPPEL, T. C. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 221-227, mar/abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a08v62n2.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2017.

VICENZI, A. et al. Cuidado integral de enfermagem ao paciente oncológico e à família. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 3, p. 409-417, set/dez. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8816/pdf>. Acesso em: 19 mai. 2017.

VOLTARELLI, J. C. et al. **Imunologia do transplante de células-tronco hematopoéticas**. In: VOLTARELLI, J. C.; PASQUINI, R. ORTEGA, E. T. T. Transplante de células-tronco hematopoéticas. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 57-59.

WAN, H. et al. Continuous primary nursing care increases satisfaction with nursing care and reduces postpartum problems for hospitalized pregnant women. **Contemp Nurse**, v. 37, n. 2, p. 149-159, fev. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21692586>. Acesso em: 24 abr. 2017.

WATTS, R.; PIERSON, J. GARDNER, H. Co-ordination of the discharge planning process in critical care. **J Clin Nurs**, v. 16, n. 1, p. 194-202, jan. 2007. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2005.01439.x/epdf>. Acesso em: 17 jun 2017.

WERNER, J. Prefácio. In: MANTHEY, M. **A prática do Primary Nursing**: prestação de cuidados dirigida pelos recursos, baseada no relacionamento. São Paulo: Atheneu, 2014.

ZAVADIL, E. T. C.; MANTOVANI, M. F.; CRUZ, E. D. A. Representação do enfermeiro sobre infecções em pacientes submetidos a transplante de células-tronco hematopoiéticas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 583-587, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/22.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2016.

WILSON, N. M.; DAWSON, P. A comparison of primary nursing and team nursing in a geriatric long-term care setting. **Int J Nurs Stud**., v. 26, n. 1, p. 1-13, 1989. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2707980>. Acesso em: 20 mai. 2017.

ZUNTA, R. S. B.; CASTILHO, V. Billing of nursing procedures at an intensive care unit. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.3, P. 573-580, mai/jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/17.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2017.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Marilene Loewen Wall, professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná e Mariana Bertotti Mendes Nunes, enfermeira e mestranda em Enfermagem, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná (UFPR), estamos convidando você profissional de enfermagem do Serviço de Transplante de Medula Óssea do Complexo Hospital de Clínicas - UFPR a participar de um estudo intitulado "*Primary Nursing* como modelo de enfermagem para o Serviço de Transplante de Medula Óssea".

O Sistema *Primary Nursing* consiste em prover cuidados integrais e sequenciais realizados pelo *primary nurse, enfermeiro associado* e o *extensor.*

O *primary nurse* (enfermeiro de referência) é o responsável por promover a assistência a um grupo de pacientes a ele designado, com qualidade e evidências científicas, com autonomia e responsabilidade sobre o tratamento e recuperação da internação à alta hospitalar. Conhecer o processo de enfermagem e ter habilidades para interagir com os pacientes, familiares e equipe de saúde são fundamentais ao trabalho desse profissional. Os pacientes podem ser redesignados quando necessário.

As atividades que serão atribuídas aos participantes da pesquisa como enfermeiro de referência serão: identificar, coordenar e monitorar a implementação de todos os cuidados necessários para o atendimento às necessidades de cada paciente. Definir e decidir a forma de administração de cuidados de acordo com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Avaliar e selecionar as informações a serem transmitidas ao extensor (técnico em enfermagem) e/ou ao enfermeiro associado, que dará continuidade aos cuidados em sua ausência. Definir o plano de alta, orientando o paciente e a família sobre a importância da continuidade do tratamento em sua residência, além das atividades habituais já desenvolvidas.

O *enfermeiro associado* tem a função de dar continuidade ao plano de cuidados estabelecido pelo *primary nurse,* visando manter e dar sequência às suas instruções, com liberdade para intervir quando necessário.

As atividades que serão atribuídas aos participantes da pesquisa como enfermeiro associado serão: atuar em relação de coparticipação e parceria com o enfermeiro de referência, dando continuidade ao seu trabalho em situações em que este estiver ausente, além das atividades habituais já desenvolvidas.

O *extensor* é o técnico ou o auxiliar de enfermagem que tem atribuições nos cuidados dos pacientes de acordo com suas competências e habilidades, sendo orientado pelo *primary nurse.*

As atividades que serão atribuídas aos participantes da pesquisa como extensor serão: realizar os cuidados de enfermagem de acordo com as orientações do enfermeiro de referência, dar continuidade aos cuidados de enfermagem na ausência do enfermeiro de referência, além das atividades habituais já desenvolvidas.

MARIA JOSÉ MOCELIN
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do HC/UFPR
Matrícula 7462

Rubricas:
Participante da Pesquisa e /ou responsável legal_-
_____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE_____

Estes profissionais formarão uma equipe fixa, no entanto, cada participante poderá desistir da pesquisa a qualquer momento. O grupo de pacientes será designado com base nas habilidades de seus membros e nas necessidades dos cuidados dos pacientes submetidos ao transplante de células tronco hematopoéticas.

A realização desse estudo é relevante para a prática profissional do enfermeiro, pois o desperta para situações que afetam o seu posicionamento em relação ao enfermo, à família, à equipe multiprofissional, à realização e à administração dos cuidados de enfermagem. Torna-se importante também para as instituições de saúde, pois o *Primary Nursing* é um modelo de organização da assistência de enfermagem e também é relevante para a sociedade, haja vista que o *Primary Nursing* pode contribuir para o aumento da satisfação dos pacientes e familiares pela personalização da assistência.

O objetivo desta pesquisa é descrever a assistência de enfermagem realizada a pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas com a aplicação do modelo de enfermagem *Primary Nursing*.

Para alcançar o objetivo proposto será realizado um primeiro encontro com a finalidade de sensibilizar a equipe sobre o tema da pesquisa e verificar quem terá interesse em participar mediante a assinatura do TCLE. A partir deste, serão realizados encontros quinzenais com os participantes do estudo. A finalidade será partilhar as experiências, sanar dúvidas e organizar as atividades do Primary Nursing no STMO. Os encontros serão gravados e transcritos no diário de campo da pesquisadora, pois servirão como coleta de dados. Serão realizados no seu turno de trabalho, na sala de reuniões, com o horário pré agendado e duração de uma hora. Quando houver alta hospitalar, óbito ou transferência para outro setor do CHC ou outro hospital, será realizada uma entrevista semiestruturada gravada e posteriormente transcrita pela pesquisadora, pois farão parte da coleta de dados. Em caso de desistência em seguir com o modelo Primary Nursing, responder a entrevista ficará a seu critério

As pesquisadoras Marilene Loewen Wall (professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná) e Mariana Bertotti Mendes Nunes (mestranda e enfermeira do STMO), responsáveis por este estudo poderão ser contatadas no STMO, 15º andar do Hospital de Clínicas das 13 horas às 19 horas, pelo e-mail: maribertotti@yahoo.com.br ou pelos telefones 33601082 e 88224117 para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

Rubricas:
Participante da Pesquisa e /ou responsável legal_-
_____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE_____

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

É possível que ao relacionar-se com o paciente você construa vínculo e corra o risco de apresentar alterações de humor ou comportamento em casos de óbito ou alta do paciente. Nesses casos será sugerido a discussão em grupo com os demais participantes da pesquisa. Você terá o apoio das pesquisadoras e caso julgue necessário será encaminhado ao serviço de saúde do trabalhador da UFPR para que seja avaliado quanto a necessidade de acompanhamento/tratamento psicológico.

Durante a hospitalização de longo prazo dos paciente submetidos ao transplante de células tronco hematopoéticas há a possibilidade de você precisar ser aliviado (a) das suas atividades de atendimento temporariamente ou definitivamente.

Para o paciente há o risco de não estabelecer vínculo ou recusar-se a receber os cuidados de enfermagem realizados por você. Quando observado ou relatado por você, pelo paciente ou seus acompanhantes, será realizada a substituição do profissional de enfermagem sem penalizações ou constrangimentos.

Nos casos supracitados as mudanças serão feitas de maneira efetiva e a prestação dos cuidados dos pacientes será reorganizada pela pesquisadora, com os demais participantes da pesquisa. Não sendo possível ser assistido pelos participantes da pesquisa, receberá os cuidados dos demais membros da equipe de enfermagem.

Sua identidade será preservada e será mantida a confidencialidade. A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete minhas condições de trabalho ou traga qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

_____

(Nome e Assinatura do participante da pesquisa)

Curitiba, ___ de _____201_

MARIA JOSÉ MOCELIN
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do HC/UFPR
Matrícula 7462

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

_____

Mariana Bertotti Mendes Nunes

Curitiba, ___ de_____201_

APÊNDICE 2 – APRESENTAÇÃO DA OFICINA A: SENSIBILIZAÇÃO E APRESENTAÇÃO DO *PRIMARY NURSING*

08/06/2017

PRIMARY NURSING COMO MODELO DE ENFERMAGEM PARA O SERVIÇO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

O desenvolvimento e a prática do sistema ***Primary Nursing*** foram realizados pela enfermeira Marie Manthey nos Estados Unidos no final da década de 1960. Manthey destacava-se pela contínua atenção e preocupação à alta qualidade da assistência, aos cuidados humanizados e à competência da equipe de enfermagem. Desse perfil resultou a indignação com a forma fragmentada e despersonalizada que os pacientes estavam recebendo os cuidados de enfermagem, bem como a falta de autonomia das enfermeiras. Desde então foi adotado o sistema supracitado, que consiste em prover cuidados integrais e sequenciais realizados pelo ***primary nurse, enfermeiro associado e o extensor.***

(MARX, 2011).

PRIMARY NURSING COMO MODELO DE ENFERMAGEM PARA O SERVIÇO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

O primary nurse (enfermeiro de referência) é o responsável por promover a assistência a um grupo de pacientes a ele designado, com qualidade e evidências científicas, com autonomia e responsabilidade sobre o tratamento e recuperação da internação à alta hospitalar. Conhecer o processo de enfermagem e ter habilidades para interagir com os pacientes, familiares e equipe de saúde são fundamentais ao trabalho desse profissional. Os pacientes podem ser redesignados quando necessário.

O enfermeiro associado tem a função de dar continuidade ao plano de cuidados estabelecido pelo *primary nurse*, visando manter e dar sequência às suas instruções, com liberdade para intervir quando necessário.

O extensor é o técnico ou o auxiliar de enfermagem que tem atribuições nos cuidados dos pacientes de acordo com suas competências e habilidades, sendo orientado pelo *primary nurse*

PRIMARY NURSING COMO MODELO DE ENFERMAGEM PARA O SERVIÇO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Importante que o ***primary nurse*** tenha:

- ✓autonomia.
- ✓planejamento.
- ✓estabelecimento de prioridades pois caberá a ele a identificação, coordenação, monitorização e implementação de todos os cuidados necessários que o grupo de pacientes a ele designado.
- ✓tomada de decisão.

De acordo com Manthey (2014) há duas áreas de tomada de decisão que são muito importantes para o enfermeiro que presta cuidados. São eles: ***decidir como cuidar e coordenar essa assistência*** *para um número de pacientes.*

PRIMARY NURSING COMO MODELO DE ENFERMAGEM PARA O SERVIÇO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Para que a implantação e o operacionalização ocorram é necessário:

- ✓rever com a equipe o sistema em uso,
- ✓comparar com o *Primary Nursing*,
- ✓comprometer-se com a mudança,
- ✓estimular o diálogo e estar abertos às discussões,
- ✓compreender o Sistema,
- ✓analisar e avaliar em conjunto,
- ✓separar um grupo de pacientes para cada primary nurse de acordo com suas habilidades e necessidades dos pacientes,
- ✓lotar uma equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem,

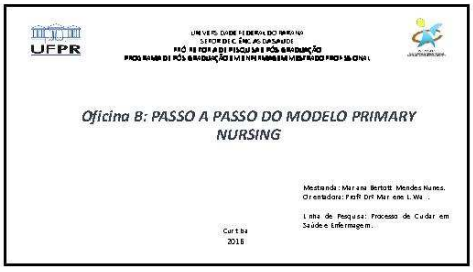
PRIMARY NURSING COMO MODELO DE ENFERMAGEM PARA O SERVIÇO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

"Embora o Primary Nursing possa evocar sonhos irrealistas , os princípios da prática profissional autônoma estão sendo continuamente reimplantados, às vezes com nomes diferentes (...). Creio que não importa o nome dado para a função. O que importa é que os paciente e seus familiares saibam o nome da enfermeira que é responsável por gerenciar os seus cuidados ao longo do tempo. Se isso for conhecido, então o sistema está no seu lugar, e o restante da equipe de cuidados de saúde (...) também saberá. O pêndulo continua balançando, e cada vez que retorna para o sistema de cuidado baseado no relacionamento, os pacientes recebem o tipo de cuidado coordenado e humano que merecem."

(MARIE MANTHEY, 2014)

APÊNDICE 3 – APRESENTAÇÃO DA OFICINA B: PASSO A PASSO DO MODELO *PRIMARY NURSING*

08/06/2017

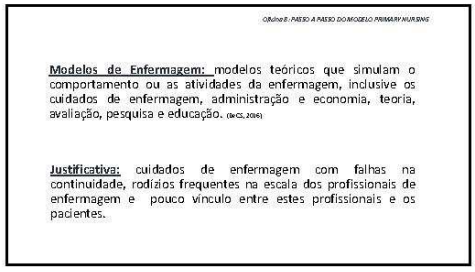

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM CONTEXTO PROFISSIONAL

Oficina B: PASSO A PASSO DO MODELO PRIMARY NURSING

Mestranda: Mariana Bertotti Mendes Nunes.
Orientadora: Enfª Drª Marcia L. Wa .

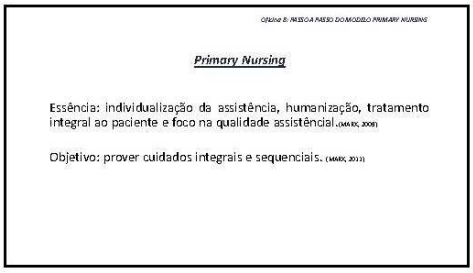
Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Curitiba
2018


Oficina B: PASSO A PASSO DO MODELO PRIMARY NURSING

Modelos de Enfermagem: modelos teóricos que simulam o comportamento ou as atividades da enfermagem, inclusive os cuidados de enfermagem, administração e economia, teoria, avaliação, pesquisa e educação. (DeCS, 2016)

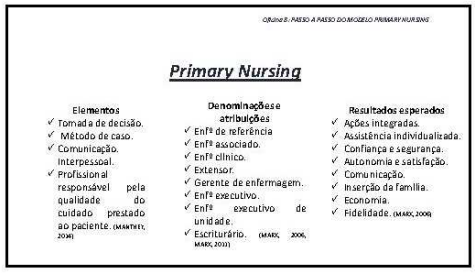
Justificativa: cuidados de enfermagem com falhas na continuidade, rodízios frequentes na escala dos profissionais de enfermagem e pouco vinculo entre estes profissionais e os pacientes.


Oficina B: PASSO A PASSO DO MODELO PRIMARY NURSING

Primary Nursing

Essência: individualização da assistência, humanização, tratamento integral ao paciente e foco na qualidade assistêncial.(MARX, 2008)

Objetivo: prover cuidados integrais e sequenciais. (MARX, 2011)

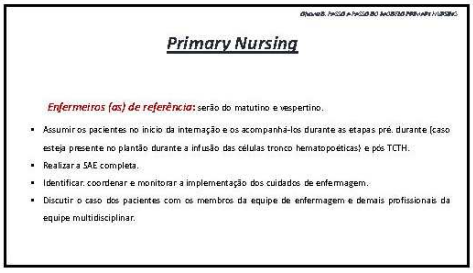

Oficina B: PASSO A PASSO DO MODELO PRIMARY NURSING

Primary Nursing

Elementos
- ✓ Tomada de decisão.
- ✓ Método de caso.
- ✓ Comunicação. Interpessoal.
- ✓ Profissional responsável pela qualidade do cuidado prestado ao paciente. (MANTHEY, 2014)

Denominações e atribuições
- ✓ Enfª de referência
- ✓ Enfª associado.
- ✓ Enfª clínico.
- ✓ Extensor.
- ✓ Gerente de enfermagem.
- ✓ Enfª executivo.
- ✓ Enfª executivo de unidade.
- ✓ Escriturário. (MARX, 2006, MARX, 2011)

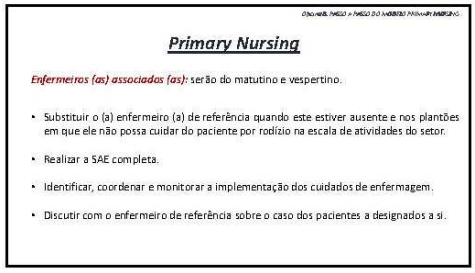
Resultados esperados
- ✓ Ações integradas.
- ✓ Assistência individualizada.
- ✓ Confiança e segurança.
- ✓ Autonomia e satisfação.
- ✓ Comunicação.
- ✓ Inserção da família.
- ✓ Economia.
- ✓ Fidelidade. (MARX, 2008)


Oficina B: PASSO A PASSO DO MODELO PRIMARY NURSING

Primary Nursing

Enfermeiros (as) de referência: serão do matutino e vespertino.

- Assumir os pacientes no início da internação e os acompanhá-los durante as etapas pré, durante (caso esteja presente no plantão durante a infusão das células tronco hematopoéticas) e pós TCTH.
- Realizar a SAE completa.
- Identificar, coordenar e monitorar a implementação dos cuidados de enfermagem.
- Discutir o caso dos pacientes com os membros da equipe de enfermagem e demais profissionais da equipe multidisciplinar.


Oficina B: PASSO A PASSO DO MODELO PRIMARY NURSING

Primary Nursing

Enfermeiros (as) associados (as): serão do matutino e vespertino.

- Substituir o (a) enfermeiro (a) de referência quando este estiver ausente e nos plantões em que ele não possa cuidar do paciente por rodízio na escala de atividades do setor.
- Realizar a SAE completa.
- Identificar, coordenar e monitorar a implementação dos cuidados de enfermagem.
- Discutir com o enfermeiro de referência sobre o caso dos pacientes a designados a si.

08/06/2017

Primary Nursing

Enfermeiros (as) clínicos (as): serão do matutino, vespertino e noturno.

- Dar continuidade ao plano de cuidados proposto pelo (a) enfermeiro (a) de referência.
- Planejar e implementar o plano assistencial nos turnos diferentes do enfermeiro de referência e/ou enfermeiro associados, substituí-los quando estiverem ausentes ou não puderem atender os pacientes designados.
- Discutir com o enfermeiro de referência sobre o caso dos pacientes a designados a si.

Primary Nursing

Extensores: serão do matutino, vespertino e noturno.

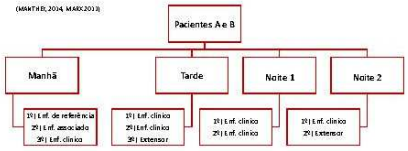
- Dar continuidade ao plano de cuidados proposto pelo (a) enfermeiro (a) de referência.
- Discutir com o enfermeiro de referência sobre o caso dos pacientes a designados a si.

Primary Nursing como modelo de enfermagem para o Serviço de Transplante de Medula Óssea

METODOLOGIA

PCA

(MANTHEY, 2014; MARX 2013)



IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM RESPONSÁVEIS PELO PACIENTE

"Primary Nursing como modelo de enfermagem para o STMO"

- Paciente: _____
- Enfermeiro (a) de referência: _____
- Enfermeiros (as)/ téc. enfermagem da manhã: _____
- Enfermeiros (as)/ téc. enfermagem da tarde: _____
- Enfermeiros (as)/ téc. Enfermagem da noite: _____

Primary Nursing como modelo de enfermagem para o Serviço de Transplante de Medula Óssea

REFERÊNCIAS

MANTHEY. M. Elementos do Primary Nursing. In: ___. **A prática do primary nursing: prestação de cuidados dirigida pelos recursos, baseada no relacionamento**. São Paulo: Atheneu. 2014. p. 37 44.

MARX. L. C. Gestão de enfermagem voltada a resultados. In: ___. **Competências de enfermagem: sedimentadas no sistema primary nursing**. Petrópolis: EPUB. 2006. p. 171 - 179.

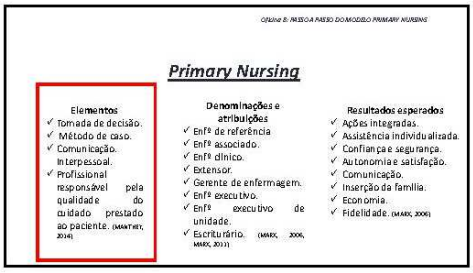
MARX. L. C. Sistema primary nursing como fator de humanização para a assistência de enfermagem em centro cirúrgico. In: MALAGUTTI. W. (organizador). **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Rubio. 2009. p. 167

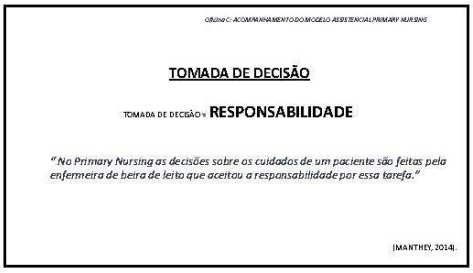
MARX. L. C. Sistema primary nursing. In: HARADA. M. J. C. S. (organizadora). **Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura**. São Caetano do Sul: Yendis. 2011. p. 186.

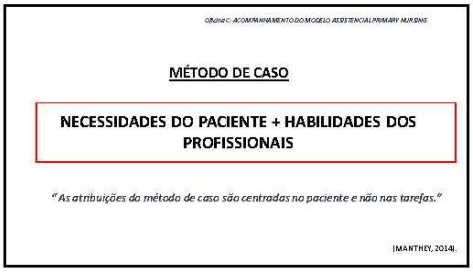
MARX. L. C. Sistema primary nursing. In: HARADA. M. J. C. S. (organizadora). **Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura**. São Caetano do Sul: Yendis. 2011. p. 185 - 191.

APÊNDICE 4 – APRESENTAÇÃO DA OFICINA C: ACOMPANHAMENTO DO MODELO *PRIMARY NURSING*

08/06/2017







CANAIS DIRETOS DE COMUNICAÇÃO

A enfª de referência é responsável por iniciar a comunicação c/os outros membros da equipe.

"Um cuidador comunica-se direto com outro cuidador."

(MANTHEY, 2014).

CUIDADOR COMO PLANEJADOR DOS CUIDADOS

Profissional responsável pela qualidade do cuidado prestado ao paciente.

(MANTHEY, 2014).

REFERÊNCIAS

MANTHEY, M. Elementos do Primary Nursing. In: ___. A prática do primary nursing: prestação de cuidados dirigida pelos recursos, baseada no relacionamento. São Paulo: Atheneu, 2014. p. 37 45.

UFPR

OBRIGADA!

Oficina C: ACOMPANHAMENTO DO MODELO ASSISTENCIAL PRIMARY NURSING

Mestranda: Marcia Bertotti Mendes Nunes.
Orientadora: Profª Drª Marcene L. Wa .

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Curitiba
2016

APÊNDICE 5 – RELATO DAS OFICINAS A, B e C

OFICINA A: SENSIBILIZAÇÃO E APRESENTAÇÃO DO *PRIMARY NURSING*.

Os profissionais de Enfermagem foram convidados por *e-mail*, por convites fixados nos murais dos postos de Enfermagem das alas A, B e C, e pessoalmente.

A participação foi espontânea e a equipe organizou-se para fazer um rodízio entre os participantes da oficina e os profissionais que permaneceriam no posto de Enfermagem para atender os pacientes.

Nos reunimos em uma pequena sala de reuniões. Os participantes foram acolhidos e em seguida foi explicado o tema da oficina e que ela faz parte do método de pesquisa da pesquisa do Mestrado Profissional em Enfermagem intitulada "PRIMARY NURSING *COMO MODELO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA*".

Em seguida, foi explicado que a oficina seria dividida em dois momentos: primeiro, uma reflexão sobre o processo de cuidado de Enfermagem atual do STMO; e em seguida uma breve explicação sobre o modelo *Primary Nursing.*

Para a reflexão sobre o processo de cuidado de Enfermagem atual no STMO, foram realizadas as seguintes perguntas: "por que você decidiu estudar Enfermagem?" e "há quanto tempo você trabalha no transplante de medula óssea (TMO)?". As respostas sobre o tempo de trabalho no STMO foram anotadas na planilha da pesquisadora, pois fez parte da inclusão na pesquisa.

Em seguida, foram entregues duas folhas de papel e uma caneta para cada participante e realizadas as perguntas sugeridas por Manthey (2014c) para a implantação do *Primary Nursing* em uma unidade de internação. Em um dos papéis, o profissional deveria escrever a resposta da pergunta: "o que você mais gosta no seu trabalho?" e no outro papel a resposta de: "o que lhe frustra mais?". Os papéis foram colocados sobre a mesa e lidos em voz alta.

Para as demais perguntas, a pesquisadora os escolheu aleatoriamente para responder: "O que há de positivo nos cuidados de Enfermagem do STMO?", "a maioria de nós está satisfeita com os resultados que alcançamos?", "quais os resultados que você almeja aos seus pacientes?", "estes estão sendo alcançados?" e "de que forma podemos melhorar o atendimento de Enfermagem o STMO?". Os participantes

ficaram livres para responder às questões e os que optaram por responder a fizeram em voz alta para o grupo.

Posteriormente, a pesquisadora justificou o seu tema de pesquisa e o motivo de propor a experiência com o *Primary Nursing.*

O modelo foi apresentado em cinco *slides*, contendo um breve histórico do *Primary Nursing* e a justificativa da enfermeira Marie Manthey em sistematiza-lo, as definições e atribuições do *primary nurse* (enfermeiro de referência), do enfermeiro associado e do extensor, as ações importantes a serem realizadas pelo *primary nurse*, os passos necessários para a implantação e operacionalização do *Primary Nursing* e um trecho do livro da Marie Manthey, no qual ela cita a importância do cuidado baseado no relacionamento.

Em seguida, foi apresentado um vídeo, denominado “Discurso da miss Colorado (legendado)”, no qual a enfermeira relata o reconhecimento de um paciente que ela acompanhou o tratamento.

Por fim, os participantes foram convidados a participar da pesquisa. Foi entregue uma planilha, com a data, nome dos participantes da oficina, *e-mail* e espaço para assinalar o aceite ou não em participar da pesquisa.

Dos 52 profissionais que compõem o quadro de Enfermagem do STMO, oito estavam de férias, licenças ou folgas; 11 estavam nos plantões, mas não participaram das oficinas; 31 participaram das oficinas, sendo que destes 26 aceitaram participar da pesquisa, 2 recusaram, 2 ficaram indecisos. Uma das três noites não teve participação de nenhum profissional, embora o serviço seja dividido em três equipes noturnas, na pesquisa trabalhamos com duas.

OFICINAS B: PASSO A PASSO DO MODELO *PRIMARY NURSING*

Nessas oficinas, foram apresentadas as atividades diferenciadas das realizadas atualmente a serem desempenhadas pelos enfermeiros de referência, enfermeiros associados e extensores:

Enfermeiros (as) de referência: foram designados enfermeiros do matutino e vespertino que se dispuseram a assumir as funções:

- Assumir os pacientes no início da internação e os acompanhá-los durante as etapas pré, durante (caso esteja presente no plantão durante a infusão das células-tronco hematopoéticas) e pós-TCTH.

- Realizar o processo de Enfermagem. Primeiramente quando o enfermeiro de referência era vespertino, a prescrição de Enfermagem era feita e salva no sistema de prontuário eletrônico, para ser validada e impressa no dia seguinte pelo enfermeiro do matutino, no entanto, houveram mudanças com o prontuário eletrônico e essa atividade foi realizada apenas no primeiro mês, nos meses seguintes era possível fazer e imprimir a prescrição de Enfermagem em qualquer horário.
- Identificar, coordenar e monitorar a implementação dos cuidados de Enfermagem.
- Discutir o caso dos pacientes com os membros da equipe de Enfermagem e demais profissionais da equipe multidisciplinar.

Enfermeiros(as) associados(as): foram designados enfermeiros do matutino e vespertino que se dispuseram a assumir as funções:

- Substituir o(a) enfermeiro(a) de referência quando este estivesse ausente e nos plantões em que ele não cuidou do paciente por causa do rodízio na escala de atividades do setor, por exemplo: preparo de medicamentos no fluxo laminar ou rodízio de pacientes em terapia intensiva.
- Realizar a o processo de Enfermagem completo.
- Identificar, coordenar e monitorar a implementação dos cuidados de Enfermagem.
- Discutir com o enfermeiro de referência sobre o caso dos pacientes a designados a si.

Enfermeiros(as) clínicos(as): foram designados enfermeiros do matutino, vespertino e noturno que se dispuseram a assumir as funções:

- Dar continuidade ao plano de cuidados proposto pelo(a) enfermeiro(a) de referência.
- Planejar e implementar o plano assistencial nos turnos diferentes do enfermeiro de referência e/ou enfermeiro associados, substituí-los

quando estivessem ausentes ou não pudessem cuidar dos pacientes designados

- Discutir com o enfermeiro de referência sobre o caso dos pacientes a designados a si.

Extensores: foram designados técnicas em Enfermagem do matutino, vespertino e noturno que se dispuseram a assumir as funções:

- Dar continuidade ao plano de cuidados proposto pelo(a) enfermeiro(a) de referência.
- Discutir com o enfermeiro de referência sobre o caso dos pacientes designados a si.

Foi discutido como implantar o *Primary Nursing* como modelo para o cuidado de Enfermagem no STMO. Foram apresentados em *slides* a definição de modelos de Enfermagem, a justificativa da pesquisa, a essência e o objetivo do modelo *Primary Nursing.* Explicado sobre os elementos, denominações e atribuições dos profissionais que compõem o modelo e os resultados esperados, em seguida foram apresentadas as atividade e atribuições dos enfermeiros de referência, enfermeiro associado e extensor.

Por fim, foi apresentado um exemplo de organização do modelo composto por dois pacientes e oito profissionais como equipe fixa.

Nesse momento, houve dúvidas em relação ao processo de Enfermagem, continuidade do cuidado quando os participantes da pesquisa não estivessem de plantão, necessidade de rodízio em caso de agravamento do quadro clínico do paciente e para as demais atividades do STMO e sobre as especificidades dos enfermeiros de referência, enfermeiros associados e extensores.

Cada profissional pôde informar se havia preferência por ser enfermeiro de referência ou enfermeiro associado e se havia preferência por cuidar de adultos ou crianças.

Entre os participantes, uma enfermeira afirmou ter interesse em ser exclusivamente enfermeira de referência, uma demonstrou interesse em ser exclusivamente enfermeira associada ou clínica e outro enfermeiro demonstrou interesse em ser exclusivamente enfermeiro clínico. Os demais participantes do

matutino e vespertino não apresentaram preferências, portanto foram enfermeiros de referência, enfermeiros associados ou enfermeiros clínicos, bem como os do noturno foram enfermeiros clínicos.

Para finalizar foram entregues os TCLE.

OFICINAS C: ACOMPANHAMENTO DO MODELO *PRIMARY NURSING*

Estas oficinas foram áudio-gravadas em celular e realizado registro em diário de campo.

Os participantes discutiam em grupo sobre os pontos positivos, dificuldades, dúvidas e observações sobre o modelo.

Dentre os pontos positivos foram citados a melhora no relacionamento e vínculo com o paciente e acompanhantes, melhora no acompanhamento da assistência, da conduta e do quadro clínico do paciente, conhecer as especificidades dos pacientes, bem como as particularidades, agilidade no atendimento, economia de tempo, prescrições de Enfermagem individualizadas conforme as necessidades do paciente, aumento da confiança do paciente e familiar em relação ao profissional, orientações de alta com melhor planejamento e continuidade, diminuição da ansiedade dos profissionais e dos pacientes, sentimento de maior responsabilidade pelos pacientes, surgimento de questionamentos.

Em relação aos desafios ou dificuldades, foi citada inicialmente a dificuldade com prontuário eletrônico pela falta de flexibilidade para realizar as avaliações e prescrições, visto que por rotina as prescrições de Enfermagem eram impressas no período matutino. Para isso, as prescrições dos pacientes dos enfermeiros de referência do vespertino estavam sendo salvas à tarde e impressas de manhã, no entanto, isso causou dificuldades com a rotina do setor e com o manuseio do sistema. Outro item que havíamos acordado foi que se no turno do enfermeiro de referência, o paciente fosse cuidado por um profissional que não participa da pesquisa ou pelo extensor, etapas do Processo de Enfermagem (avaliação, diagnósticos e prescrição de Enfermagem) seriam realizadas no turno seguinte, o que gerou problemas de comunicação e dificuldades com o prontuário eletrônico pois as prescrições de Enfermagem e avaliações dos pacientes não mantinham a periodicidade de 24 horas. Na terceira semana de experiência com o *Primary Nursing* o sistema do prontuário

eletrônico foi modificado e as prescrições poderiam ser impressas a qualquer momento, a rotina de todos os pacientes foi modificada e o enfermeiro que estivesse escalado com cada paciente deveria fazer o Processo de Enfermagem completo no turno determinado. Após discussões com o grupo de participantes, não participantes da pesquisa e com chefia de Enfermagem, ficou acordado que o Processo de Enfermagem seria realizado no turno do enfermeiro de referência, inclusive nos dias em que não houvesse participantes da pesquisa com determinado paciente ou este estivesse sob cuidados do extensor.

Outras questões foram citadas como: dificuldade em aproximar-se de determinado paciente por falta de apoio dos familiares, falta de comunicação e continuidade do cuidado com o noturno, dificuldades em cuidar dos paciente da pesquisa em plantões que o participante está em troca de plantão ou em hora extra e falta de tempo para fazer o Processo de Enfermagem completo de dois pacientes, a dificuldade em fazer o Processo de Enfermagem quando a enfermeira de referência ou a enfermeira associada não estão no plantão e o volume de trabalho concentrado para pacientes que estão em fases semelhantes do tratamento.

O grupo sugeriu que, para as próximas internações, mantivéssemos a equipe fixa, no entanto, com um enfermeiro de referência de manhã e outro à tarde. Assim fizemos para os grupos seguintes e os participantes relataram melhora. Para a questão da dificuldade em cuidar dos pacientes do modelo, foi encaminhado *e-mail* pela chefia do setor com as equipes do *Primary Nursing* e conversado pessoalmente com o enfermeiro responsável pela divisão da escala de trabalho de cada mês.

Houve dúvidas sobre a divisão de escala quando os dois pacientes de cada equipe estiverem em estado grave. Nesses casos, foi acordado que haveria o rodízio entre os participantes da pesquisa, ou seja, cada um cuidaria de um dos pacientes em estado grave.

Outro tema apresentado como dificuldade nas oficinas foi o vínculo forte criado entre a equipe e com o paciente e familiares, resultando em sofrimento para os participantes da pesquisa. Estes participantes foram orientados a afastarem-se dos pacientes por quanto tempo julgassem necessário, a procurarem o serviço de psicologia do ambulatório de funcionários do Hospital e foi solicitado apoio ao serviço de psicologia do STMO para trabalhar com a equipe de Enfermagem de forma geral.

Em novembro de 2016, foi realizada uma oficina com participantes e não participantes da pesquisa para esclarecer questões como divisão da escala de

trabalho e o Processo de Enfermagem dos pacientes que estavam inseridos no *Primary Nursing.*

Quando observado que os temas de discussão se repetiam ou os participantes apresentavam dúvidas, foi realizada uma apresentação em *slides* sobre os elementos do *Primary Nursing* e enviado um *e-mail* intitulado: “Perguntas e respostas sobre o modelo assistencial de Enfermagem *Primary Nursing*”, segundo MARX (2009b), em publicação no site brasileiro Portal da Enfermagem.

APÊNDICE 6 – PLANILHA DO DIÁRIO DE CAMPO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

DATA:

PACIENTE	EQUIPE DE ENFERMAGEM	SAE	CONTINUIDADE DO CUIDADO	COMUNICAÇÃO	RELACIONAMENTOS	Obs.:

APÊNDICE 7 - DIÁRIO DE CAMPO DAS OFICINAS C: ACOMPANHAMENTO DO MODELO *PRIMARY NURSING*

PONTOS POSITIVOS:	
DIFICULDADES:	
OBSERVAÇÕES E DÚVIDAS	

APÊNDICE 8 – INSTRUMENTO PARA A ENTREVISTA.

Entrevista: *Primary Nursing* como modelo de Enfermagem para o Serviço de Transplante de Medula Óssea.

DATA:_____

NÚMERO DA ENTREVISTA:_____
CÓDIGO:_____

PERGUNTA:

COMO FOI O PROCESSO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM NA INTERNAÇÃO DO SERVIÇO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA COM O MODELO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM *PRIMARY NURSING?*

ITENS ABORDADOS:

- SAE.
- CONTINUIDADE DO CUIDADO.
- EQUIPE DE ENFERMAGEM E MULTIPROFISSIONAL.
- COMUNICAÇÃO.
- RELACIONAMENTO COM O PACIENTE E COM A FAMÍLIA.
- BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM (MANIPULAÇÃO DE CATETER, PREVENÇÃO DE QUEDAS...).
- DIFICULDADES.
- SUGESTÕES.

APÊNDICE 9 – IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM RESPONSÁVEIS PELO PACIENTE (PARTICIPANTES DA PESQUISA)

PACIENTE:

ENFERMEIRA DE REFERÊNCIA:

Manhã:
Tarde:
Noite:

ANEXO – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - HCUFPR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRIMARY NURSING COMO MODELO DE ENFERMAGEM PARA O O SERVIÇO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Pesquisador: MARIANA BERTOTTI MENDES NUNES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52448316.5.0000.0096

Instituição Proponente: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSERH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.484.379

Apresentação do Projeto:

O projeto intitula-se "PRIMARY NURSING COMO MODELO DE ENFERMAGEM PARA O SERVIÇO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA". Trata-se de uma dissertação do mestrado profissional em enfermagem, de autoria da enfermeira Mariana Bertotti Mendes Nunes, orientada pela Profa. Dra. Marilene Loewen Wall.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever o cuidado de enfermagem realizado a pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas com a aplicação do Primary Nursing.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios: Os benefícios serão a possibilidade de inserir um modelo de cuidado aos pacientes submetidos ao transplante de células tronco hematopoéticas, que vise o cuidado de enfermagem individualizado, bem como a produção científica para a enfermagem e demais profissionais de saúde.

Riscos: É possível que o profissional de enfermagem experimente algum risco, principalmente relacionado ao vínculo com o paciente. Em casos de alterações de humor ou comportamento em casos de óbito ou alta do paciente, será sugerido a discussão em grupo com os demais participantes da pesquisa. Terá o apoio da pesquisadora e caso o participante julgue necessário

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br

será encaminhado ao serviço de saúde do trabalhador para que mesmo seja avaliado quanto a necessidade de acompanhamento/tratamento psicológico.

Para o paciente há o risco de não estabelecer vínculo ou recusar-se a receber os cuidados de enfermagem realizados pelos participantes da pesquisa. Quando observado ou relatado pelo profissional, pelo paciente ou acompanhantes, será realizada a substituição do profissional de enfermagem sem que haja penalizações ou constrangimentos.

Nos momentos em que o enfermeiro de referência não estiver presente, o paciente não correrá risco de ficar desassistido, pois desde o início cada enfermeiro de referência terá o apoio do enfermeiro associado e/ou extensor que o substituirá e dará continuidade ao plano de cuidados e terá autonomia para alterar o que for necessário. Não sendo possível ser assistido pelos participantes da pesquisa, receberá os cuidados dos demais membros da equipe de enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Primary Nursing é um modelo de organização da assistência de enfermagem em que o enfermeiro principal é o responsável por promover a assistência a um grupo de pacientes a ele designado, com qualidade e evidências científicas, com autonomia e responsabilidade sobre o tratamento e recuperação da internação à alta hospitalar. Conhecer o processo de enfermagem e ter habilidades para interagir com os pacientes, familiares e equipe de saúde são fundamentais ao trabalho desse profissional. Os pacientes podem ser redesignados quando necessário.

O enfermeiro associado tem a função de dar continuidade ao plano de cuidados estabelecido pelo primary nurse, visando manter e dar sequência às suas instruções, com liberdade para intervir quando necessário.

O extensor é o técnico ou o auxiliar de enfermagem que tem atribuições nos cuidados dos pacientes de acordo com suas competências e habilidades, sendo orientado pelo primary nurse.

Trata-se de pesquisa qualitativa, que utilizará como método a pesquisa convergente-assistencial que tem por objetivo unir a prática assistencial com a pesquisa. As fases propostas por Trentini e Paim (2004) que devem ser realizadas em sequência e estarem inter-relacionadas são: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação.

Será realizado um primeiro encontro com a finalidade de sensibilizar a equipe sobre o tema da pesquisa e verificar quem terá interesse em participar, mediante a assinatura do TCLE. A partir deste, serão realizados encontros quinzenais com os participantes do estudo. A finalidade será partilhar as experiências, sanar dúvidas e organizar as atividades do Primary Nursing no Serviço de Transplante de Medula Óssea. Os encontros serão gravados e transcritos no diário de campo da

pesquisadora, pois servirão como coleta de dados. Serão realizados no turno de trabalho dos participantes, na sala de reuniões, com o horário pré agendado e duração de 30 minutos. Quando houver alta hospitalar, óbito ou transferência para outro setor ou outro hospital, será realizada uma entrevista semiestruturada gravada e posteriormente transcrita pela pesquisadora, pois farão parte da coleta de dados. Em caso de desistência em seguir com o modelo Primary Nursing, responder a entrevista ficará a critério do participante. Os dados da entrevista serão gravados em meio eletrônico (celular), salvos em pendrive/CD) transcritos na íntegra e, digitados em software Word. A análise será seguindo os passos de Creswell (2010): organizar e preparar os dados para a análise: envolve transcrever as entrevistas; ler todos os dados: obter a percepção geral das informações e refletir sobre seu significado global; começar a análise detalhada com um processo de codificação: processo de organização do material em blocos ou segmentos de texto, rotular as categorias com termo E1, E2... para enfermeiros (as); TE1, TE2... para técnicos (as) em enfermagem e AE1, AE2...para auxiliares de enfermagem.; utilizar o processo de codificação para gerar uma descrição do local ou das pessoas e também das categorias ou temas para a análise; informar como a descrição e os temas serão representados na narrativa qualitativa; realizar a interpretação ou extrair significado dos dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisador atendeu as pendências de forma adequada.

Recomendações:

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas. Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta -se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa

arquivado.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_647856.pdf	29/03/2016 23:38:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_corrigido.docx	29/03/2016 23:37:25	MARIANA BERTOTTI MENDES NUNES	Aceito
Outros	carta_ao_cep.pdf	29/03/2016 23:36:34	MARIANA BERTOTTI MENDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_corrigido.docx	29/03/2016 23:05:11	MARIANA BERTOTTI MENDES NUNES	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	08/01/2016 22:08:55	MARIANA BERTOTTI MENDES	Aceito
Outros	entrevista.pdf	08/01/2016 22:03:50	MARIANA BERTOTTI MENDES	Aceito
Outros	qualificacao_de_todos_os_pesquisadores_e_colaboradores.pdf	08/01/2016 22:02:04	MARIANA BERTOTTI MENDES	Aceito
Outros	termo_de_responsabilidade_com_a_pesquisa.pdf	08/01/2016 22:01:34	MARIANA BERTOTTI MENDES	Aceito
Outros	declaracao_de_compromisso_dos_pesquisadores.pdf	08/01/2016 21:59:33	MARIANA BERTOTTI MENDES	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_para_utilizacao_de_dados_de_arquivos.pdf	08/01/2016 21:59:01	MARIANA BERTOTTI MENDES	Aceito
Outros	declaracao_de_uso_especifico_do_material_e_ou_dados_coletados.pdf	08/01/2016 21:58:21	MARIANA BERTOTTI MENDES	Aceito
Outros	declaracao_de_tornar_publico_os_resultados.pdf	08/01/2016 21:57:44	MARIANA BERTOTTI MENDES	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	08/01/2016 21:56:38	MARIANA BERTOTTI MENDES	Aceito
Outros	concordancia_das_unidades_e_servicos_envolvidos.pdf	08/01/2016 21:56:12	MARIANA BERTOTTI MENDES	Aceito
Outros	declaracao_do_orientador_do_aluno.pdf	08/01/2016 21:55:33	MARIANA BERTOTTI MENDES	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento_do_pesqu	08/01/2016	MARIANA	Aceito

Outros	isador_ao_cep.pdf	21:54:43	MENDES NUNES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	08/01/2016 21:48:24	MARIANA BERTOTTI MENDES NUNES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.pdf	08/01/2016 21:47:42	MARIANA BERTOTTI MENDES NUNES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	08/01/2016 21:46:50	MARIANA BERTOTTI MENDES	Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	08/01/2016 10:25:12	MARIANA BERTOTTI MENDES	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CURITIBA, 08 de Abril de 2016

Assinado por:
Renato Tambara Filho
(Coordenador)