

**FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU  
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**

**MARCÍLIA ROSANA CRIVELI BONACORDI GONÇALVES**

**A COMPREENSÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DOS  
ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DE SÃO  
PAULO.**

**Tese apresentada ao Programa de Pós -  
Graduação em Bases Gerais da  
Cirurgia da Faculdade de Medicina de  
Botucatu para obtenção do título de  
Doutor.**

**Orientação: Professora Adjunta Erika Veruska Paiva Ortolan  
Coorientação: Professora Assistente Doutora Wilza Carla Spiri**

**BOTUCATU  
2013**

**MARCÍLIA ROSANA CRIVELI BONACORDI GONÇALVES**

**A COMPREENSÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DOS  
ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DE SÃO  
PAULO.**

**Tese apresentada ao Programa de Pós -  
Graduação em Bases Gerais da  
Cirurgia da Faculdade de Medicina de  
Botucatu para obtenção do título de  
Doutor.**

**BOTUCATU  
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE - CRB 8/5651

Gonçalves, Marcília Rosana Críveli Bonacordi.

A compreensão do processo de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros de um hospital universitário do interior de São Paulo / Marcília Rosana Críveli Bonacordi Gonçalves. - Botucatu, 2013

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Erika Veruska Paiva Ortolan

Coorientador: Wilza Carla Spiri

Capes: 40401006

1. Enfermeiros - Aspectos psicológicos. 2. Fenomenologia. 3. Enfermagem - Prática. 4. Empatia.

Palavras-chave: Empatia; Enfermagem; Gerenciamento da prática profissional; Processos de enfermagem.

## **DEDICATÓRIA**

**A**

**Deus**

Por estar sempre no comando da minha vida!

“Tudo pode aquele que **NÃO** crê!”

“O Senhor é o meu Pastor e nada me faltará!”

**Aos meus Pais**

Pela luta sem limites diante de todas as dificuldades,  
anulando inúmeras vezes o seu sonho para que o meu  
fosse realizado.

**Aos**

**Meus avós (in memoriam)**

Meus irmãos Marcos e Tata, cunhados Néia e João, Tio Sílvio, Tio Arceu e  
Tia Geni, primos Silvinho e Fernanda e aos doze sobrinhos consanguíneos e  
agregados

Minha família: refúgio e fonte de amor indescritível!

**Dedico este estudo a todos vocês**

Pelo amor incondicional e por sempre acreditarem,  
torcerem e confiarem em mim.

## **AGRADEÇO**

***À Professora Adjunta Erika Veruska Paiva Ortolan***

*A verdadeira amizade é assim: não precisar ser chamado para estar presente, compartilhar muito mais momentos difíceis do que alegres, encontrar sempre uma palavra amiga, uma solução diante do “caos” da situação e uma justificativa diante do inaceitável. Ajudar em todas as situações! Sempre incentivar, apoiar e fazer o outro rir, mesmo quando as lágrimas são derramadas! Então, agradeço: por ter assumido essa orientação, pela verdadeira amizade e pelo laço de irmandade que não se explica, mas que nos uní!*

***À Professora Assistente Doutora Wílza Carla Spíri: minha MESTRA!***

*Agradeço por compartilhar mais uma etapa da minha vida profissional, com sua competência, conhecimento, sabedoria, ética, amizade, convicção, caráter, carinho e por todas as oportunidades que me fez buscar e compreender a “essência do ser”. Tudo foi possível e desvelado pela sua importante contribuição durante a elaboração desse estudo. Obrigada por me honrar com mais uma orientação, por compartilhar e somar durante todos esses anos de amizade e vida profissional! Você é meu exemplo de vida!*

*Ao Professor Assistente Doutor Emílio Carlos Curcelli, Superintendente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP: por todo apoio para o meu desenvolvimento; pela amizade, incentivo e segurança para que eu experienciasse as oportunidades de voos mais altos na minha carreira profissional.*

*A Professora Assistente Doutora Carmen Maria Casquel Monti Juliani: pelo seu caráter, carinho, amizade, confiança durante todos esses anos e por ter compartilhado dos meus voos mais altos dentro da nossa profissão. É uma honra tê-la como Amiga! Foi uma honra tê-la como Chefe do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP.*

*A Professora Assistente Doutora Silvana Andrea Molina Lima, Chefe do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP: por termos construído nossa amizade sustentada em respeito, confiança e por compartilharmos nossa trajetória profissional, ontem no hospital e hoje no departamento!*

*A todos os Docentes, Enfermeiros, Técnicos Administrativos do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP por toda colaboração mediante os pedidos de ajuda e compreensão durante minhas ausências e presenças!*

*Às Professoras Assistentes Doutoradas Maria José Trevizani Nitsche e Regina Célia Popim: pela compreensão, apoio, amizade, carinho, colaboração. Trabalhar com vocês é viver o trabalho em equipe e de mútuo respeito! Tudo está sendo possível com a ajuda de vocês!*

*A Mestra Meire Cristina Novelli e Castro: minha parceira de sala pela amizade e maravilhosa convivência! Foi é presente divino para mim!*

*Aos enfermeiros colegas e amigos que participaram como sujeitos desse estudo e desvelaram o que estava oculto, contribuindo para meu crescimento espiritual e profissional.*

*Ao Professor Titular César Tadeu Spadella, em nome do qual agradeço aos demais membros da banca examinadora do processo seletivo para doutorado do Programa de Pós Graduação em Bases Gerais de Cirurgia desta Faculdade de Medicina, por terem acreditado em mim e na minha pesquisa. Assim como aos docentes desse Programa pelo respeito, competência, dedicação e amizade!*

*Aos Amigos e em especial a amiga irmã Thida, que compartilharam minhas preocupações, frustrações e alegrias durante a elaboração dessa pesquisa, compreenderam e respeitaram minha ausência, percepções e sempre acreditaram em mim.*

*As secretarias e Técnicos Administrativos do COREN-SP, da Superintendência do Hospital das Clínicas, Seção de Pós Graduação, Biblioteca e Departamento da Gastrocirurgia da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP pela competência, disponibilidade e atenção. Tenham certeza que sem vocês estaria perdida!*

*A equipe de Enfermagem da Seção Técnica de Unidade de Internação Paciente Conveniados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP: Ivanise Cassimiro, Fabiana do Nascimento, Maria Goreti Pereira, Elizabete Marino, Fernanda Silva, Marcos dos Santos, Vera Gobbo, Leandro Barros, Antonia Guerra, Ana Cláudia Gonçalves, Kátia Pimentel, Silvana Martins pela nossa construção de uma relação de amizade e confiança e por terem me ajudado a transformar a teoria em prática, me possibilitando experienciar o trabalho de equipe!*

***Aos amigos e colegas Conselheiros da Gestão 2012-2014 do COREN-SP*** que compartilham comigo desse marco na história do sistema COFEN/Conselhos Regionais, em especial ao Presidente Prof. Dr. Mauro Antônio Pires Dias da Silva, Vice Presidente Enfermeira e Advogada Dra. Fabíola Braga Mattozinho e Enfermeira Luciana Della Barba: pela oportunidade e confiança demonstradas durante essa jornada! Obrigada pelos ensinamentos, exemplos, amizade e caráter!

***Aos amigos e membros da Câmara Técnica do COREN-SP:*** Profa. Dra. Consuelo García Correa, Prof. Dr. Paulo Cobellis Gomes, Profa. Dra. Wilza Carla Spíri, Profa. Dra. Renata Pietro, Enfermeira Dra. Simone Sierra, Enfermeiro e Advogado Dr. Alessandro Lopes Andrighetto, Prof. Dr. João Freitas: amizade não se explica apenas se cativa!

***Aos meus queridos primos Silvinho e Fernanda:*** pela amizade, apoio, orientação da arte final dessa pesquisa e estarem sempre presentes aos inúmeros meus pedidos de ajuda.

***A Márcia Regina: minha Tata*** pela disponibilidade de revisão desse estudo, seu olhar foi fundamental para minha segurança! Amo você!

***A todos que direta ou indiretamente me ajudaram durante a elaboração desse estudo: meu muito obrigada!***

*“[...] saber ver em cada coisa, em cada pessoa, aquele algo que a define como especial, um objeto singular, um amigo – é fundamental.”*

*(Antoine de Saint-Exupéry)*



## SALMO 91: DEUS É O MEU AMPARO

*O que habita sob a proteção do Altíssimo e mora à sombra do onipotente, pode excluir ao Senhor:*

*“Vós sois o meu refúgio e a minha cidadela, o meu Deus em quem confio!”*

*Ele há de livrar da armadilha do caçador, como peste maligna,*

*Com Suas penas te há de proteger, debaixo das tuas asas encontrarás refúgio;*

*A Sua fidelidade é um escudo e uma couraça.*

*Não temerás o terror da noite, nem a seta que voa durante o dia.*

*Nem a peste que alastra nas trevas, ou o flagelo que tudo destrói ao meio dia.*

*Podem cair mil à tua esquerda e dez mil à tua direita; tu não serás atingido.*

*Basta que abras os olhos, logo verás a recompensa dos ímpios.*

*O Senhor é o teu único refúgio, o Altíssimo o teu único auxílio.*

*Nenhum mal te acontecerá, a epidemia não tocará a tua tenda.*

*É que Ele deu ordens aos Seus anjos para te protegerem em todos os caminhos.*

*Tomar-te-ão nas palmas das mãos, não aconteças ferires, nas pedras, os teus pés.*

*Poderás caminhar por cima de serpentes e víboras, calcar aos pés leões e dragões.*

*Porque acredita em mim, salvá-lo-ei, defendê-lo-ei porque conhece o meu nome.*

*Quando invocar-me hei de responder-lhe, quando da angústia estarei ao seu lado, para salvá-lo e para honrá-lo.*

*Hei de saciá-lo com dias longos, hei de mostrar-lhe a minha salvação.*

## RESUMO

A operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como metodologia assistencial, pautada no Processo de enfermagem como método científico está presente em forma de Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498/86), regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 e no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, devendo ser realizada pelo enfermeiro para garantir uma assistência de qualidade e livre de erros. Com a aplicabilidade do Processo de Enfermagem os enfermeiros se tornam responsáveis, envolvidos e comprometidos com a assistência de enfermagem, demonstram e aprimoram conhecimento técnico científico, tem visão holística do paciente e criam elo de mútuo respeito e confiabilidade. O presente estudo teve como *objetivo* conhecer e compreender as percepções do Enfermeiro Supervisor Técnico de Unidade de Internação quanto à realização diária do Processo de Enfermagem na sua rotina profissional, em um hospital público universitário do interior de São Paulo. A *trajetória metodológica* adotada foi a vertente da fenomenologia, buscando desvelar o fenômeno, ou seja, buscar a essência, o significado da realidade vivenciada pelos sujeitos do estudo, visando a sua compreensão, o que permitiu o estudo de aspectos subjetivos e *abordagem qualitativa*. A *região de inquérito ou perplexidade* da presente pesquisa foi constituída pela situação vivenciada pelos enfermeiros e sua percepção sobre a aplicabilidade do Processo de Enfermagem, na sua rotina diária de trabalho. Os *sujeitos* da pesquisa foram definidos no decorrer do estudo, perfazendo nove depoimentos suficientes para desvelar a essência do fenômeno pesquisado. Todos respondiam pela mesma função, tanto na parte administrativa quanto assistencial, no contexto hospitalar, estavam vinculados a mesma Diretoria Técnica de Serviço, com mais de três anos no cargo, vivenciaram a fase do antes e após implantação desse método e responderam a mesma questão norteadora. Para proceder à análise dos depoimentos colhidos, realizou-se a transcrição e leituras dos depoimentos buscando o significado da essência das unidades significativas, expressão dos significados tematizando e interpretando as falas, buscando convergências, divergências e idiossincrasias das unidades de significado e a síntese das unidades de significado para chegar à estrutura do fenômeno, visando a sua compreensão. Após análise criteriosa dos depoimentos foram revelados três temas que convergiram segundo similaridade dos conteúdos: INSTRUMENTALIZAÇÃO DA SAE com os subtemas: Etapas da SAE, Fortalezas da SAE e Desafios da SAE; SENTIMENTOS DOS PROFISSIONAIS NO DESENVOLVIMENTO DA SAE e PROCESSO GERENCIAL E A SAE. Dessa forma, pode perceber-se o mundo subjetivo dos enfermeiros pesquisados e a abrangência do fenômeno e suas diferentes perspectivas que podem desocultar-se, oferecendo outros enfoques sob a ótica dos enfermeiros quanto à operacionalização do Processo de Enfermagem no seu cotidiano profissional.

**Descritores:** Processos de Enfermagem, Pesquisa Qualitativa, Gerenciamento da Prática Profissional, Empatia, Enfermagem.

## ABSTRAT

The implementation of Nursing Process as an assistance methodology is a scientific method presents in the Professional Practice Law (Law No. 7.498/86), regulated by Decree No. 94.406/87 and Code Ethics of Professional Nursing. The Nursing Process should be performed by nurses to ensure quality of care. With the applicability of the Nursing Process, nurses become responsible, engaged and committed to nursing, and enhance technical and scientific knowledge, leading to a holistic view of the patient, creating a mutual bond of respect and reliability. The aim of this study was to identify and understand the perceptions of the Nurse Supervisor Technician from inpatient units, regard the daily realization of the Nursing Process in their professional routine, in a public university hospital in São Paulo. The methodology adopted was the phenomenology and qualitative approach, seeking to uncover the phenomenon, i.e., seeking the essence, the meaning of the reality experienced by subjects in order to understand it, which allowed the study of subjective aspects. The area of inquiry of this research was composed by the situation experienced by nurses and their perception of the suit ability of the Nursing Process in their daily work routine. The subjects were defined during the study, resulting in nine statements sufficient to extract the essence of the studied phenomenon. All nurses enrolled in this study, experienced the stage before and after implantation of this method, and assumed the same management and care activities and they were linked hierarchically to the same Board of Technical Service. All subjects answered the same research question. For the analysis of the statements collected, they were transcribed seeking the meaning of the essence, expression of meanings thematizing and interpreting the discourse, seeking convergence, divergence and idiosyncrasies of the meaning units and the synthesis units meaning to get to the structure of the phenomenon. After care full reviews of the statements, three themes were revealed that converged regarding the similarity of content: INSTRUMENTALIZATION OF NURSING PROCESS, with subheadings: Stages of Nursing Process, Nursing Process Strengths and Challenges; FEELINGS OF PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF NURSING PROCESS and NURSING PROCESS AND THE PROCESS MANAGEMENT. Thus, we can perceive the subjective world of the nurses surveyed and scope of the phenomenon and its different perspectives that can unveiled itself, offer in go the approaches from the perspective of nurses regarding the operation of the nursing process in their daily work.

**Descriptors:** Nursing Process, Qualitative Research, Professional Practice Management, Empathy, Nursing.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ADP – AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

ANA – AMERICAN NURSES ASSOCIATION

CEE – COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CEPE – CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CIPE – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

CLT – CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS TRABALHISTAS

COREN – CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

DERMATO - SEÇÃO TÉCNICA DE ENFERMARIA DE DERMATOLOGIA

DRS – DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE

ICN – INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES

IST - ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA

FAMESP – FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO MÉDICO E HOSPITALAR

MIP- SEÇÃO TÉCNICA DE ENFERMARIA DE MOLÉSTIAS INFECTO

PARASITÁRIAS

NANDA – I – NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSES ASSOCIATION

NHB – NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

NIC – NURSING INTERVENTION CLASSIFICATION

NOC - NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION

PRAT - PROGRAMA DE APRENDIZAGEM E TREINAMENTO

UNESP- UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

UTI – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

SAE – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

SCP – SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES

## LISTA DE QUADROS

|                                                                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1 – Redução fenomenológica.....                                                                                | 62 |
| Quadro 2 – A Tematização das Unidades de Significado.....                                                             | 67 |
| Quadro 3 – Nomotético: Temas e seus discursos representando as<br>convergências, divergências e idiossincrasias ..... | 78 |
| Quadro 4 – Síntese dos temas, subtemas e unidades de significados revelados<br>nos discursos.....                     | 80 |

## **LISTA DE DIAGRAMAS**

|                                                                           |     |
|---------------------------------------------------------------------------|-----|
| Diagrama 1 – Subtema Etapas da SAE e as unidades de significado .....     | 81  |
| Diagrama 2 – Subtema Fortalezas da SAE e as unidades de significado ..... | 100 |
| Diagrama 3 – Subtema Desafios da SAE e as unidades de significado .....   | 104 |

**SUMÁRIO**

|                                                                         |            |
|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1 MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO.....</b>                                   | <b>16</b>  |
| <b>2 DISCURSO DA LITERATURA.....</b>                                    | <b>22</b>  |
| 2.1 PROCESSO DE ENFERMAGEM NO BRASIL:UM BREVE DISCURSO.....             | 31         |
| 2.2 SISTEMA DA ASSSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE): BREVE<br>DISCURSO..... | 36         |
| <b>3 OBJETIVO.....</b>                                                  | <b>41</b>  |
| <b>4 REFERENCIAL METODOLÓGICO.....</b>                                  | <b>43</b>  |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO.....                                                 | 43         |
| 4.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....                                            | 49         |
| 4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....                                      | 50         |
| 4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....                               | 51         |
| 4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....                             | 52         |
| <b>4.5.1 Análise Idiográfica.....</b>                                   | <b>53</b>  |
| <b>4.5.2 Análise Nomotética.....</b>                                    | <b>54</b>  |
| 4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....                                           | 54         |
| <b>5 CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>                                 | <b>57</b>  |
| 5.1 ANÁLISE IDIOGRÁFICA.....                                            | 57         |
| 5.2 ANÁLISE NOMOTÉTICA.....                                             | 70         |
| <b>5.2.1 Agrupamento dos Temas Interpretados.....</b>                   | <b>70</b>  |
| <b>5.2.2 Quadro Nomotético.....</b>                                     | <b>78</b>  |
| 5.3 ANÁLISE DOS SIGNIFICADOS DESVELADOS.....                            | 79         |
| <b>6 SÍNTESE.....</b>                                                   | <b>136</b> |
| <b>7 PROPOSTAS/RECOMENDAÇÕES.....</b>                                   | <b>144</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                 | <b>146</b> |
| <b>ANEXO.....</b>                                                       | <b>165</b> |
| <b>APÊNDICES.....</b>                                                   | <b>166</b> |

*MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO*



## 1. MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

Este estudo considera minhas inquietações quanto à operacionalização do Processo de Enfermagem que deve ser realizada diariamente pelos enfermeiros que respondem pela função de Supervisor Técnico de Seção Técnica de Enfermagem em um hospital universitário do interior de São Paulo. Julgando, que a importância desse método científico é aprendida e praticada durante o curso de graduação em Enfermagem e está presente em forma de Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498/86) regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 e no nosso Código de Ética (BRASIL, 1986; 1987).

Para a realização do Processo de Enfermagem no hospital, cenário da pesquisa, utilizam-se as cinco etapas: coleta de dados/ exame físico, seguindo o referencial teórico da Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta; o diagnóstico de enfermagem segundo a Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem Internacional (NANDA-I); associando-se a Teoria das NHB; o planejamento de enfermagem por grau de dependência do cliente, priorizando os pacientes no período pré e pós-operatório de cirurgias de médio e grande porte, estado geral semi-crítico ou crítico e os idosos e avaliação de enfermagem padronizada pela Teoria das NHB. Para as anotações de enfermagem eram avaliados os registros dos auxiliares e técnicos de enfermagem quanto aos horários e checagens dos cuidados prescritos pelos enfermeiros, comprovando a implementação.

Na nossa Instituição o Processo de Enfermagem como método de trabalho foi implantado oficialmente em setembro de 2006 pela Diretoria da Divisão Técnica de Enfermagem, considerando-o como modelo da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com a padronização dos impressos para cada etapa a ser cumprida, exceto nas áreas de Unidades de Terapia Intensiva que continuaram seguindo impresso pré existente.

No cumprimento das minhas atribuições tanto no processo de cuidar como gerenciar no contexto hospitalar, como enfermeira Supervisora Técnica da unidade de internação dentro da rotina diária, realizava o processo de enfermagem como instrumento metodológico e método científico.

A coleta de dados (anamnese/exame físico) realizava no primeiro contato com o paciente e, posteriormente, havia compromisso com as etapas: diagnóstico, prescrição/implementação e avaliação de enfermagem, ou seja, diante da coleta de dados, eu definia o diagnóstico de enfermagem baseado na NANDA-I, planejava e realizava as intervenções segundo os resultados esperados e na sequência avaliava-os, incluindo a classificação dos pacientes segundo seu grau de dependência, verificando se os auxiliares e técnicos de enfermagem cumpriram a prescrição de enfermagem, checando e anotando de forma correta e organizando a assistência usando as etapas do Processo de Enfermagem.

Ao pesquisar, estudar e discutir minhas dúvidas e a complexidade com outros enfermeiros, inclusive com minha coorientadora sobre Processo de Enfermagem, SAE e classificações de linguagem observei que, embora o Processo de Enfermagem seja discutido há décadas, existe ainda, pouca utilização e adoção da metodologia da assistência (SAE), nos levando a um mundo imaginário do “faz de conta”.

Além disso, torna-se imprescindível para a implantação da SAE a elaboração e ou revisão de manuais de normas e rotinas, procedimentos operacionais padrão, protocolos de enfermagem e interdisciplinares e o registro de todo planejamento do cuidado prestado utilizando um método científico, composto de etapas, que é o Processo de Enfermagem, tornando a teoria em prática.

Destarte, na literatura ainda não há unanimidade na definição dos termos Processo de Enfermagem e SAE, sendo tratados como sinônimos por muitos autores. Embora considere que seus conceitos sejam distintos, nesse estudo os manterei como semelhantes e adotarei a terminologia SAE, pois assim foi abordado pelos sujeitos dessa pesquisa. Contudo vale destacar que o termo Processo de Enfermagem tornou-se mundialmente conhecido e mais utilizado pelos enfermeiros.

Tenho certeza que ao realizar a SAE há registro e prescrição das ações de enfermagem, possibilitando a valorização do trabalho, direcionamento e fundamentação das ações. É um espaço de apresentação da atuação e autonomia da enfermeira e, inúmeras vezes abrem-se espaço para ampliar o conhecimento dos profissionais da equipe sobre o motivo do cuidado prescrito e sua importância pelos resultados obtidos. Recordo-me que observava a equipe de Enfermagem relacionar a prescrição com a aula assistida no Programa de Educação Continuada da Instituição.

Entretanto, vivenciei dificuldades em executá-la diariamente pelas atribuições administrativas como enfermeira supervisora técnica de unidade de internação. Em muitos dias sentia-me impotente para a operacionalização dessa metodologia, questionando-me no final da minha jornada diária como provar e comprovar minha atuação, responsabilidade e participação nas decisões junto à equipe interdisciplinar e na assistência prestada, nas orientações, esclarecimentos para a equipe de enfermagem, pacientes e familiares sobre: cuidados; diagnósticos e anotações. Esse fato aumentava minha ansiedade porque estava iniciando minha participação como membro da Comissão da SAE e estava como Vice Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) na Instituição, fazendo minha autocrítica pelo meu desempenho profissional diante das atividades assistenciais e seus aspectos éticos legais.

Essa situação me remetia ao passado, na época da minha graduação quando escrevi juntamente com Irmã Cleamaria Simões sendo assim publicado, meu primeiro artigo científico, que abordava a importância da prescrição de enfermagem. Durante meu aprendizado, sentia satisfação com os resultados obtidos, valorização do paciente com a assistência prestada e com meu pequeno conhecimento técnico científico, conseguia esclarecer suas dúvidas sobre o cuidado recebido, conhecimento esse estimulado e oriundo dos meus competentes Mestres e os comentários das auxiliares de enfermagem nos campos de estágios curriculares que isso “dava certo”.

Além disso, durante minha atuação como enfermeira assistencial no início da minha vida profissional, quando recém-formada recebia orientações das minhas colegas quanto à realização da prescrição de enfermagem.

Nos meus anos de plantões diurnos e noturnos quando inúmeras vezes avaliávamos o paciente em dupla e discutíamos os cuidados a serem prestados e atuávamos na assistência e nos sentíamos felizes com a recuperação da saúde do paciente. Nas substituições de férias, licenças das minhas colegas enfermeiras supervisoras era possível vivenciar o reconhecimento da equipe de enfermagem sobre a importância da assistência planejada a ser prestada, embora de maneira verbal, e a anotação segundo as ações realizadas e seu resultado pelas intervenções orientadas e realizadas.

Também recordo-me da minha preocupação, por ser enfermeira responsável pelo processo de implantação da Seção de Cirurgia Ambulatorial e posteriormente

da Seção Técnica de Enfermagem de Pacientes Conveniados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB), quanto à normatização regimental, a organização das atividades de enfermagem, a criação do impresso a ser adotado para os registros de enfermagem e a elaboração da prescrição de enfermagem com cuidados diários. Nessa época, no planejamento e na implementação que realizava, tinham intervenções de domínio da equipe composta por auxiliares de enfermagem recém- formados e contratados, para que incorporassem e participassem dos cuidados prescritos, assim como realizassem e registrassem suas ações respeitando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE).

Durante minhas gestões como Vice e Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem do HCFMB, junto com os demais membros, organizamos eventos científicos divulgando a importância da assistência pautada na ética e no compromisso profissional, legitimando suas ações com conhecimento técnico científico e a legislação vigente e o Código de Ética que sustentam a qualidade do exercício da Enfermagem.

Então experienciava as dificuldades na operacionalização da SAE entre elas: constantes interrupções por internações em caráter de urgência, pedidos de consertos em geral, médicos solicitando a participação na visita diária, liberação de leitos, agendamento para internações eletivas ou transferência de pacientes, colaboradores justificando ausência, paciente/familiares pedindo orientações, outros profissionais querendo discutir condutas, reuniões que não eram previamente agendadas. Diante disso, me sentia triste e frustrada, porque essa atividade de enfermagem sempre me motivou, desde minha vida universitária.

Observando esse aspecto, o presente estudo tornou-se importante para possibilitar a discussão com outros profissionais que respondiam pela mesma função, debater e compartilhar as formas de desempenhar um papel tão primordial na nossa vida profissional, uma vez que estávamos todos ligados regimentalmente à mesma Diretoria Técnica de Serviços, participando juntos das reuniões e recebendo as mesmas orientações.

Enquanto enfermeiros supervisores técnicos de unidades de internação nos tornamos responsáveis por divulgar para toda equipe multiprofissional as mudanças, dar “feedback” para nossos superiores hierárquicos, organizar nossas escalas mensais e diárias de trabalho, executando com precisão e qualidade o

gerenciamento do cuidado de enfermagem nos seus vários aspectos: liderança, recursos materiais, humanos, gestão de custos, assistência e resultados.

Certamente, o avanço da SAE na nossa vida profissional está intrinsecamente relacionado com os grupos que realizam pesquisas nas nossas diversas áreas de atuação, colaborando para autonomia e desenvolvimento da nossa profissão e representando um instrumento facilitador para o processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada nas Instituições.

Porém constantemente me fazia muitas interrogações entre elas: Como é enfrentada a falta de rotina para o desenvolvimento da SAE? O que faz com que o enfermeiro não adote a SAE no seu cotidiano profissional: insegurança, formação insuficiente? O que interfere na execução da SAE: déficit de profissionais, questões administrativas, rotinas, resistências? Quais as estratégias para evitar as interrupções durante a operacionalização da SAE?

Para isso, considerei necessária a abordagem aos Enfermeiros Supervisores Técnicos das Unidades de Internação sobre a percepção quanto à realização diária da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

*DISCURSO DA LITERATURA*

## 2. O DISCURSO DA LITERATURA

Para melhor compreensão da temática, torna-se importante trazer um resumo da história da Enfermagem estruturada enquanto profissão e sua cientificidade, descrito por alguns estudiosos.

Há registros sobre a origem da Enfermagem desde a antiguidade, com a preocupação com as crianças como fonte de vida da espécie humana, apontando que os cuidados para recuperação da saúde são inerentes às condições de saúde, sendo praticados empiricamente por mães, religiosos, feiticeiros. Dessa forma, “a Enfermagem tem sido considerada a mais antiga das artes e a mais jovem das profissões”, como descrevem Kawamoto e Fortes (1997); Westphalen e Carraro (2001, p.05) e Geovanini (2005).

Diante da literatura, as enfermeiras se preocupam com as questões relativas ao desenvolvimento do conhecimento da nossa profissão há mais de dez décadas, tendo como marco na nossa história a Enfermeira Florence Nightingale (1820-1910), imortalizada como a Dama da Lâmpada, por usar uma lamparina durante suas visitas para prestar os cuidados aos doentes (CIANCIARULLO et al., 2001; WESTPHALEN; CARRARO, 2001; MARX; MORITA, 2003; SILVEIRA; PAIVA, 2011; TANNURE; PINHEIRO; 2013).

Segundo Gomes et al.(1997); Geovanini (2005) e Silveira e Paiva (2011) foi a partir da segunda metade do século XIX que a Enfermagem inicia sua era moderna na Inglaterra, se transformando como área específica do trabalho pela contribuição da Enfermeira Florence Nightingale.

No entanto, tal fato ocorreu pela necessidade de organizar os hospitais militares para cuidar e recuperar a saúde dos soldados no transcorrer da Guerra da Criméia (1854-1856), porque esses eram imprescindíveis para a produção capitalista que se instalava. A Enfermagem correspondeu às expectativas do projeto político-social, visto que o hospital estava sendo organizado como local de cura (GOMES et al., 1997; MARX; MORITA, 2003; SILVEIRA; PAIVA, 2011).

Assim pode ser dito que a Enfermeira Florence Nightingale foi a primeira teórica na Enfermagem, responsável por ter diferenciado as ações da enfermeira das ações do médico, demonstrando sua preocupação com a identidade da Enfermagem ao desenvolver uma concepção teórico-filosófica, embasada em

observações sistematizadas, unindo o ensino teórico e prático proveniente dos seus registros estatísticos e do cuidado diário prestado aos doentes. Revolucionou ao implantar padrões sanitários e de assistência de enfermagem, atuando com seu amplo conhecimento, reduzindo a taxa de mortalidade no Hospital de Base de Sentari, em Constantinopla, atual Istambul, promovendo o processo de cura e mantendo o aspecto religioso e caritativo (CIANCIARULLO et al., 2001; WESTPHALEN; CARRARO, 2001; MARX; MORITA, 2003; SILVEIRA; PAIVA, 2011; TANNURE; PINHEIRO, 2013).

Com isso, conferiu caráter técnico à Enfermagem, originando a partir de suas iniciativas os “cuidados de enfermagem”, mas não definia seu método assistencial, cuja metodologia era empírica (CIANCIARULLO et al., 2001; WESTPHALEN; CARRARO, 2001; MARX; MORITA, 2003; SILVEIRA; PAIVA, 2011).

Portanto, Florence Nightingale não utilizava nenhuma terminologia para definir seu método assistencial, cuja metodologia de trabalho era sustentada na lógica, valorizando a observação, experiência e registro, determinando o planejamento das ações, para conduzir as resoluções, proporcionando poderosos fundamentos, princípios éticos, técnicos e educacionais. Considerando a interação entre ser humano, meio ambiente, saúde e Enfermagem, considerados os quatro elementos fundamentais do metaparadigma da Enfermagem, introduziu a necessidade de luz, silêncio, higiene e ar fresco para promover a saúde do indivíduo (CIANCIARULLO et al., 2001; WESTPHALEN; CARRARO, 2001; ALCÂNTARA et al., 2005; OLIVEIRA; PAULA; FREITAS, 2007; TANNURE; PINHEIRO, 2013).

Na discussão do desenvolvimento científico da Enfermagem Cianciarullo et al. (2001, p.15) apontam muitos autores, entre eles, Kidd et al. (1988); Cianciarullo (1988) os quais colocam que, “inicialmente o desenvolvimento do conhecimento era “silencioso”, caracterizado por uma “cega” obediência à autoridade médica.” Tannure e Pinheiro (2013) acrescentam que a profissão dirigiu-se para ações imediativas e intuitivas pautadas na doença do paciente levando a quase estagnação profissional, mesmo com a influência nightingaleana.

Entretanto, a Enfermagem passou a apresentar formas diferenciadas das demais áreas da saúde, quanto ao conhecimento do processo assistencial e a evolução da ciência, possibilitou a realização de pesquisas para o aprimoramento do saber, despertando para a compreensão do significado das ações e do conhecimento organizado, tanto pelo compromisso moral com o que deve ser



realizado como com o que queremos alcançar com e para o paciente (CIANCIARULLO et al., 2001; TANNURE; PINHEIRO, 2013).

No Brasil a Enfermagem de nível superior foi introduzida por iniciativa do governo carioca com a criação da primeira Escola de Enfermagem Brasileira, conhecida na atualidade como Escola de Enfermagem Alfredo Pinto e a seguir a Escola de Enfermagem Ana Nery em 1922, ambas no Rio de Janeiro, sendo essa última implantada com modelo nightingaleano trazida pelas Enfermeiras norte-americanas, iniciando a era moderna no Brasil, após 63 anos do seu surgimento na Inglaterra, como citam Cianciarullo et al. (2001); Bork et al. (2003); Marx e Morita (2003) e Silveira e Paiva (2011).

Esses cuidados de enfermagem passaram a ser organizados inicialmente, de forma funcional, cumprindo as tarefas e atividades rotineiras; surgindo então, os estudos de caso, precursores dos planos de cuidados; com a primeira descrição desse método em 1929 na Escola de Enfermagem da Universidade de Yale, EUA e em 1934 no Brasil. A primeira referência ao processo de enfermagem como trabalho científico foi citado por Zaíra Cintra Vidal que descreveu sobre a utilização de estudos de caso compreendendo: história, sintomas subjetivos e objetivos, exames, diagnóstico social e médico, tratamento médico e de enfermagem, complicações e alta. (HENDERSON, 1973; CIANCIARULLO et al., 2001; TANNURE; PINHEIRO, 2013).

Em 1937, na elaboração de um curso de Enfermagem foi introduzido em sua programação: Plano de cuidados individualizado, para que os enfermeiros elaborassem planos de cuidados para todos os pacientes. Após 1945 os estudos de casos deram lugar à expressão “processo de enfermagem” e em 1948, com a publicação da obra “Enfermagem para o futuro”, a equipe de enfermagem foi descrita e os planos de cuidados discutidos em vários eventos (HENDERSON, 1973; CIANCIARULLO et al., 2001).

Os planos de cuidados tiveram maior atenção após a Segunda Guerra Mundial, com a população mais informada quanto à saúde e a Medicina clínica passou a exigir a formação de pessoal de enfermagem para o âmbito hospitalar (CIANCIARULLO et al., 2001; BORK, et al., 2003).

Para Henderson (1973); McGuire (1991) e Tannure e Pinheiro (2013) com os estudos de casos e, posteriormente, com os planos de cuidados iniciaram coleta de dados, análise e julgamentos clínicos e a identificação da intervenção tanto médica

quanto da enfermagem, abordando que os planos de cuidados foram às primeiras expressões do que denominamos Processo de Enfermagem.

Em 1950 Lydia Hall durante palestra considerou a atuação da enfermeira ao observar, prestar à assistência e avaliar os resultados com e para o paciente, utilizando pela primeira vez a expressão “Processo de Enfermagem” (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993; CIANCIARULLO et al., 2001).

Marquis e Huston (2010, p.27) descrevem que o Processo de Enfermagem foi criado por Ida Jean Orlando na década de 1950, com um ponto fraco “*não exigir um enunciado claro de objetivos*”. Dessa forma as metas permanecem obscuras e deveriam estar claras.

Assim, a primeira geração (1950 a 1970) apresenta-se com ênfase na identificação e resolução de problemas. Desde 1950, o Processo de Enfermagem representa o principal modelo metodológico para sistematizar a prática profissional e desde a segunda metade do século XIX, Florence Nightingale enfatizou a necessidade de fazer julgamentos sobre as observações feitas, como descreveu McGuire (1991).

Esse período corresponde à etapa das necessidades humanas, tendo como referencial a teoria humanista, mais conhecida como fenomenológica por considerar que a realidade subjetiva é mais importante que a externa (McGUIRE, 1991).

Corroborando Pesut e Herman (1999); Westphalen e Carraro (2001) e Garcia, Nóbrega e Carvalho (2004); complementam que ele foi projetado para organizar o pensamento, identificar e solucionar os problemas dos pacientes de maneira rápida e à medida que se adquiria experiência, novos conhecimentos eram desenvolvidos.

Em 1952 temos como marco para a Enfermagem, o primeiro livro de autoria da Enfermeira Hildegard Peplau, publicado pós-Nightingale: “Relações Interpessoais em Enfermagem”, que impulsionou o desenvolvimento das Teorias de Enfermagem e sustentou o conhecimento da profissão (WESTPHALEN; CARRARO, 2001; OLIVEIRA; PAULA; FREITAS, 2007).

Em 1953 o termo diagnóstico foi associado pela primeira vez à palavra enfermagem por Vera Fry (CARVALHO, 1972; KELLY, 1985; GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004).

Em 1960 a Enfermeira americana e teórica Faye Glenn Abdellah desenvolveu lista contendo vinte e um problemas clínicos para que os Enfermeiros pudessem focar o indivíduo, assim julga-se ser um dos primeiros sistemas de classificação para

a prática da profissão (WESTPHALEN; CARRARO, 2001; GARCIA; NÓBREGA, 2009; TANNURE; PINHEIRO, 2013).

Corroborando com Lydia Hall, Ida Jean Orlando em 1961 utilizou a nomenclatura “Processo de Enfermagem”, uma vez que, a assistência de enfermagem envolve o comportamento do paciente, reação do enfermeiro e suas ações para beneficiá-lo e a interação paciente-enfermeiro, além de considerar o aspecto de melhorar a qualidade do cuidado realizado, Dorothy Johnson em 1959 e Enrestine Wiedenbach em 1963 também contribuíram com a cientificidade da profissão, mas cada uma desenvolveu modelos diferentes do processo como relatado por Horta (1979); Potter e Perry (1989) e Rossi (1997).

Após a década de 60 há uma ênfase nos aspectos interpessoais, intelectuais e científicos da Enfermagem e algumas contribuições, como: Know aplicando a abordagem científica; Kelly definindo para a coleta de dados, as etapas: avaliação do paciente, história médica, social e cultural, fatores físicos e psicológicos; Johnson em 1967 salientando a importância da análise de dados, Helen Yura e Mary B. Walsh em 1967, descrevendo no seu primeiro livro texto o Processo de Enfermagem como contínuo e sistemático e em quatro fases: histórico, planejamento, implementação e avaliação; reforçando habilidades técnicas, intelectuais e interpessoais (KENNEY, 1990; CIANCIARULLO et al., 2001).

Em 1966 a Revista Brasileira de Enfermagem publica que o planejamento das ações, individualiza o cuidado de enfermagem e proporciona a qualidade da assistência, porém essas ações eram baseadas no diagnóstico médico, como expressam Cinciarullo et al. (2001).

Corroborando esta abordagem, Westphalen e Carraro (2001) e Tannure e Pinheiro (2013) relatam que apesar da posição de Florence Nightingale, a Enfermagem adotou o modelo biomédico que não corresponde às necessidades do indivíduo, porque o paciente quer ser visto em toda sua pluralidade.

Entretanto autores como Garcia; Nóbrega e Carvalho, 2004; Carpenito-Moyet, 2008 e Tannure e Pinheiro, 2013 ressaltam que até 1973 à etapa diagnóstica não estava incluída no Processo de Enfermagem.

Em 1973 realizou-se nos Estados Unidos, à primeira conferência para classificação de diagnósticos de enfermagem, na Saint-Louis University School of Nursing facilitando o diálogo entre enfermeiras assistenciais e docentes, pesquisadores e teóricos para descreverem uma nomenclatura para os problemas

clínicos mais comuns na prática profissional. Sendo elaborada e aprovada pelas participantes a primeira listagem de diagnósticos de enfermagem. Embora o termo diagnóstico estivesse na literatura americana desde 1950, quando Louise MacManus propôs como responsabilidade do enfermeiro a identificação dos problemas de enfermagem ou diagnósticos de enfermagem (CRUZ, 1995; PESUT; HERMAN, 1999; WESTPHALEN; CARRARO, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004).

Segundo Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993) o Diagnóstico de Enfermagem foi introduzido por Bloch em 1974; Roy, Mundinger e Jauron em 1975 e Aspinall em 1976, constituindo o Processo de Enfermagem com cinco fases.

Então a partir de 1970, a Associação Norte-americana de Enfermagem (American Nurses Association- ANA) adotou e legitimou, ao publicar os Padrões da Prática de Enfermagem, um Processo de Enfermagem com cinco fases: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, tornando a classificação dos conceitos da linguagem profissional quanto aos diagnósticos, intervenções e os resultados de enfermagem fator essencial para os enfermeiros (GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004).

Assim, após a década de 1970 o Diagnóstico de Enfermagem, foi introduzido no Processo de Enfermagem, com várias terminologias para retratá-lo como: Problemas de Enfermagem, Problemas do Paciente, Necessidades do Paciente e Diagnóstico de Enfermagem, como apontam vários autores.

Nessa época com as publicações científicas o Processo de Enfermagem tornou-se para as enfermeiras um marco teórico, porque essas tinham preocupação com a Enfermagem e queriam autonomia profissional para aplicar o conhecimento científico embasadas nas Teorias de Enfermagem, avaliando o paciente como um ser bio-psico-socio-espiritual e holístico (GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004).

Destarte, a segunda geração foi nomeada por Diagnóstico e Raciocínio Diagnóstico (1970 a 1990), e o Processo de Enfermagem que era como “esqueleto sem roupas”, ganhou suas roupas adquirindo modelos e teorias, conduzindo o enfermeiro para o julgamento e raciocínio diagnóstico dos problemas relacionados a doenças, contando com cinco fases (GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004).

Entretanto McGuire (1991) cita que há autoras que descrevem o Processo de Enfermagem com quatro, cinco e seis etapas, porque essas incluem a Coleta de dados e o Prognóstico de Enfermagem.

Em 1979, a Enfermeira Wanda de Aguiar Horta publicou seu livro baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow, operacionalizando o Processo de Enfermagem e contribuiu juntamente com outras estudiosas brasileiras como Ligya Paim, Rosalda Paim e Liliana Daniel, com o desenvolvimento e cientificidade da enfermagem brasileira, por mostrarem uma metodologia para sistematizar as ações de enfermagem, ou seja, um Modelo de Assistência de Enfermagem (PAULA et al., 1984; CIANCIARULLO et al., 2001; WESTPHALEN; CARRARO, 2001).

Os planos de cuidados foram sendo aperfeiçoados e em meados dos anos 80, autores como Alfaro (1986); Kenney (1990); Doenges e Moorhouse (1991); Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), apresentam a implementação dessa metodologia, utilizando na fase diagnóstica, a taxonomia de diagnósticos, ou seja, a Taxonomia I até o início do ano de 2001, sendo publicada uma nova classificação após esse ano que foi a Taxonomia II, propostos pela North American Nursing Diagnoses Association (NANDA), como relatam Cruz (1995) e Cianciarullo et al. (2001).

Então, inicia-se a terceira fase em 1991 até a presente data, com ênfase na dinâmica do raciocínio e julgamento diagnóstico e clínico aliados ao resultado das intervenções, ou seja, na especificação e teste de resultados, pois se torna necessário avaliarmos, como responsáveis pelos cuidados prestados, sua eficácia na aplicação do Processo de Enfermagem, contando com os conhecimentos padronizados, estruturados e organizados com a Taxonomia, acrescentando dessa maneira qualidade a assistência realizada (GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004; GARCIA; NÓBREGA, 2009; TANNURE; PINHEIRO, 2013).

O ICN (1996) mostra que no Processo de Enfermagem o diagnóstico, intervenção e resultados interagem entre si. Corroborando Garcia, Nóbrega e Carvalho (2004) citam Collier, MacCash e Bartram (1996) e Creasia e Parker (1996) para apontar que há necessidade de englobar habilidades, capacidade cognitiva, psicomotora e afetiva e essa interação causa os questionamentos: O que? Por quê? Por quem? Como deve ser feito? Quais os resultados que se esperam com a intervenção de enfermagem, ou seja, para que deve ser feito?

Os autores Pesut e Herman (1999); Garcia, Nóbrega e Carvalho (2004) e Garcia e Nóbrega (2009) expõe ser dinâmico tanto o entendimento como a prática profissional do Processo de Enfermagem e identificam que suas três gerações foram influenciadas pelo desenvolvimento do conhecimento.

O International Council of Nurses (ICN) (1999) é claro ao descrever que independe do ambiente em que os cuidados de enfermagem são executados, o importante é a resposta dada pelo indivíduo ou famílias a problemas de saúde reais ou potenciais.

Na literatura encontram-se inúmeras nomenclaturas para definir a Metodologia da Assistência de Enfermagem como: Processo de Enfermagem, Processo de Cuidado, Processo de Assistir, Metodologia do Cuidado, Consulta de Enfermagem, porém é imprescindível entender que todas direcionam a aplicação de um método científico para o planejamento e desenvolvimento das ações de enfermagem e a terminologia empregada depende do enfoque teórico que a sustenta (WESTPHALEN; CARRARO, 2001; KLETEMBERG; SIQUEIRA; MANTOVANI, 2006; SILVA et al., 2011).

Fuly, Leite e Lima (2008) citam que há na literatura algumas vertentes que conceituam os termos: SAE, Metodologia da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem, a primeira vertente trata-os como distintos. A segunda considera equivalente Metodologia da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem e a terceira afirma que os três são sinônimos.

Com isso encontra-se Horta (1979) que usava a nomenclatura: “Processo de Enfermagem” e assim o definiu:

“é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas; visando à assistência ao ser humano; pautado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos” (HORTA, 1979, p.35).

Mussi et al. (1997) descreveram o Processo de Enfermagem como um instrumento de trabalho com seqüência de raciocínio lógico, que favorece o direcionamento, organização, controle e avaliação das atividades inerentes ao cuidar.

Corroborando, Garcia e Nóbrega (2000) apontam que, pelo método sistemático do Processo de Enfermagem, identificamos e descrevemos como a pessoa responde aos seus problemas e como alcançamos os resultados pelos quais, nós enfermeiros somos responsáveis.

Alfaro-LeFevre (2005) definiu o Processo de Enfermagem como método sistemático e humanizado porque devemos considerar os desejos do cliente.

Corroborando com os autores acima, Garcia e Nóbrega (2009) destacam:

“O Processo de Enfermagem é um trabalho de ações dinâmicas e inter-relacionadas que para sua realização, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer (Sistematização da Assistência de Enfermagem), fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área” (GARCIA; NÓBREGA, 2009, p.189).

Para Remizoski, Rocha e Vall (2010, p.3) o “Processo de Enfermagem é um método usado para se implantar uma teoria na prática e a teoria funciona como alicerce estrutural para implantação da SAE que requer metodologia para ser implementada.”

Amante et al. (2010) consideram que o Processo de Enfermagem é vivido no cotidiano, tendo suas ações processos de intervenções, relações e subjetividade, surgindo como tecnologia do cuidado que depende do referencial teórico que o fundamenta.

Para Marquis e Huston (2010) o enfermeiro com o Processo de Enfermagem assumiu dever, responsabilidade, compromisso e autonomia para e com a assistência de enfermagem.

Corroborando Almeida e Lucena (2011) referem que o Processo de Enfermagem é um método científico dinâmico, que auxilia a priorizar o cuidado a ser prestado, exige do profissional enfermeiro reflexão e estar focado nos resultados e está em constante construção e aprimoramento.

O Processo de Enfermagem é uma ferramenta que o enfermeiro se utiliza para implantar na prática a teoria de enfermagem adotada, sendo assim é “o método da solução dos problemas do paciente” (TANNURE; PINHEIRO, 2013, p. 27).

Nota-se então, que a necessidade de julgar quais são as respostas do paciente que demandam ao ato de cuidar da Enfermagem, necessita de um método científico que é o Processo de Enfermagem, que nos leva a um instrumento metodológico e assistencial, o qual organiza a assistência de enfermagem prestada que é a SAE.

Concorda-se com a opinião de Doenges e Moorhouse (1991); Gordon (1994); Lunney (2001) e Tannure e Pinheiro (2013) que devemos dar destaque tanto no ensino da Enfermagem quanto na vida profissional, sobre a importância do raciocínio e julgamento diagnóstico, terapêutico e ético para definirmos o diagnóstico de enfermagem. A partir dele indicaremos as intervenções necessárias, criando a

obrigação de avaliarmos a eficácia do resultado, sendo fundamental conhecimento técnico científico e a visão holística do paciente para evitarmos problemas de falhas no cuidado de enfermagem prestado, uma vez que se pode considerar o Processo de Enfermagem como uma abordagem de solução de problemas.

Pode-se inferir que seja por esse cuidar individualizado e humanizado de enfermagem que proporciona a criação de vínculo de confiança pelo qual o paciente relata seus problemas e esclarece suas dúvidas mais facilmente para o enfermeiro do que para o médico e o considera um mediador, entre ele e demais membros da equipe interdisciplinar.

Resumidamente, o Processo de Enfermagem é um método científico, dinâmico, aberto, sistemático e contínuo, que possibilita planejar cientificamente as ações de enfermagem e colabora para ensino e pesquisa; organiza, aponta e justifica o levantamento de problemas, direciona e propicia o registro da ação da equipe de enfermagem. Conduz a continuidade da assistência nas vinte e quatro horas, dando respaldo judicial e administrativo, demonstra a autonomia profissional, necessita de constante aprimoramento do conhecimento técnico científico, facilita e garante o controle da qualidade do cuidado na sua aplicabilidade, assegura uma assistência livre de danos, garante o cumprimento das legislações vigentes e do CEPE.

Concordo com autores entre eles Garcia e Nóbrega (2000); Carvalho et al. (2007); Fuly, Leite e Lima (2008); Remizoski, Rocha e Vall (2010) e Tannure e Pinheiro (2013) ao apontarem ser importante reconhecer o Processo de Enfermagem assim como sua adoção na prática profissional, embora ainda não seja unânime.

## **2.1 PROCESSO DE ENFERMAGEM NO BRASIL: UM BREVE DISCURSO**

O Processo de Enfermagem, no Brasil tem como marco a Enfermeira Professora Doutora Wanda de Aguiar Horta, que pela sua brilhante dedicação e atuação profissional cria uma teoria e desenvolve uma metodologia de trabalho para o cotidiano das enfermeiras, seguindo a recomendação da ANA, que as teorias eram significativas para a Enfermagem.

Horta (1979) esclareceu para os enfermeiros brasileiros como proceder e buscar informações quanto à alteração das necessidades humanas básicas



explicitadas por sinais e sintomas, verbalizados ou não pelo paciente, uma vez que isso caracterizava um problema de enfermagem e exigia um cuidado profissional.

O Processo de Enfermagem desenvolvido e divulgado por Horta em 1979 foi embasado na Teoria da Motivação Humana do psicólogo Abraham Harold Maslow de 1970, que considerava as necessidades básicas organizadas hierarquicamente, tendo como a mais sublime a auto-realização; seguida das necessidades básicas: fisiológicas, segurança, amor, estética, sendo o foco a prevenção da doença, ajudando o paciente a assumir responsabilidade pela sua saúde, atendendo suas necessidades. Esclarecendo que cabe ao enfermeiro auxiliar o paciente no atendimento das suas necessidades porque se essas não fossem atendidas ou fossem atendidas de forma inadequada poderia causar doenças (HORTA, 1979; OLIVEIRA; PAULA; FREITAS, 2007).

A Enfermeira Wanda de Aguiar Horta apoiou-se também no sistema de classificação de João Mohana de 1964 considerando que, cada indivíduo apresenta suas necessidades humanas básicas de acordo com sua escolaridade, idade, sexo, ambiente, crença entre outros, ou seja, necessidades psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual.

Sendo assim, sua Teoria engloba a Lei do Equilíbrio (homeostase e hemodinâmica), a Lei da Adaptação (interação da pessoa com o ambiente externo, buscando manter seu equilíbrio) e a Lei do Holismo (representando a totalidade do mundo, do ser humano), enfocando outro aspecto que é o ensino do autocuidado (HORTA, 1979; CIANCIARULLO et al., 2001).

A teoria desenvolvida por Dorothea Orem em 1985 tinha como visão principal o autocuidado, cabendo ao profissional avaliar se o paciente conseguia cuidar de si mesmo, devendo encorajar, apoiar e ajudar o cliente, família, comunidade assumirem a responsabilidade por sua saúde (HORTA, 1979; CIANCIARULLO et al., 2001; OLIVEIRA; PAULA; FREITAS 2007).

Corroborando Foster e Benet (2000) descrevem que para Dorothea Orem os profissionais de enfermagem atuariam apenas nas situações que houvesse déficit entre o autocuidado e a exigência do autocuidado.

Enquanto a teorista Jean Watson em 1979 estabelece que, o foco primordial da enfermagem é o cuidar, com visão humanista associada a conhecimentos científicos e ao desenvolvimento de pensamento crítico visando à promoção da

saúde, enfatizando os valores humanísticos altruístas, a crença e a sensibilidade (BORK et al., 2003; OLIVEIRA; PAULA; FREITAS, 2007).

Assim, para melhor compreensão, Westphalen e Carraro (2001, p.11) definem que: “Modelos de Assistência são representações do mundo vivido, expressas verbalmente ou por símbolos, que direcionam a assistência de enfermagem e proporcionam ferramentas para o Enfermeiro atuar”.

Enquanto que para Oliveira, Paula e Freitas (2007); Amante et al. (2010); Schaurich e Crossetti (2010); Freitas et al. (2011) e Tannure e Pinheiro (2013) a Teoria é um modo de visualizar e fornecer subsídios para intervenção na realidade, nos fatos e eventos, facilitar o raciocínio, prescrever e referenciar o cuidado de enfermagem, auxiliar no desenvolvimento da teoria, pesquisa e prática da Enfermagem e nortear a implantação da SAE. Destacando-se como guia para o contexto assistencial e direcionador da prática pautada por metas e resultados, coordenando e sistematizando o cuidado.

Pode-se considerar que, a teoria é um conjunto de conceitos que objetiva direcionar, fundamentar e explicar nosso “fazer”, ou seja, de maneira mais simples são os óculos para enxergarmos a Enfermagem.

Esses Modelos de Assistência demonstram que a Enfermagem é um processo dinâmico, criativo e objetivo, podendo ser exemplificado como o modelo explica o fenômeno.

Cianciarrullo et al. (2001) e Schaurich e Crossetti (2010) destacam as Teorias de Enfermagem, pois estas firmaram a Enfermagem como profissão, interagindo seus conhecimentos específicos, as formas de compreender seus fenômenos tendo como centralidade o ser humano, ambiente, doença e a própria Enfermagem. Sendo aporte fundamental à matriz disciplinar da profissão, servindo de referencial teórico, metodológico, prático ao enfermeiro no seu cotidiano profissional.

Tannure e Pinheiro (2013) destacam que as teorias responsabilizam os enfermeiros quanto aos cuidados prestados, porque esses não são realizados de modo empírico.

Destarte consideramos que, os modelos conceituais são os alicerces da Enfermagem porque eles direcionam nossas decisões para assistência, fazendo-nos atuar de forma reflexiva, proporcionando satisfação tanto para os profissionais como ao paciente que recebe cuidados individualizados, sistematizados e humanizados. Assim, nós enfermeiros devemos ter a consciência que o Processo de Enfermagem

deve estar apoiado nos modelos conceituais para atingir o objetivo assistencial e a recuperação da saúde do indivíduo.

Choi (1989); Cianciarullo et al. (2001); Amante et al. (2010) e Tannure e Pinheiro (2013) descreveram que o interesse pelo desenvolvimento das teorias de enfermagem, surgiu quando as enfermeiras perceberam que era imprescindível o crescimento e enriquecimento delas para estruturar o conhecimento e estabelecer a Enfermagem como profissão.

Ao utilizar o Método Científico buscam-se solução de problemas, sustentam-se as ações e evitam-se as desnecessárias, porque se estabelece relação entre teoria e prática, modela nossos pensamentos em conceitos aplicáveis, conduz à reflexão, operacionalizando a Metodologia da Assistência, com suas etapas se interagindo entre si (WESTPHALEN; CARRARO, 2001; MARX; MORITA, 2003; SILVA et al., 2011).

Concordo com Westphalen e Carraro (2001) que inicialmente nós enfermeiros, apoiamos nossas ações num método, o consideramos complexo e, posteriormente, mesmo inconscientemente o seguimos para desenvolver nossas atividades de enfermagem com repetição das ações e sustentação científica, como se tivéssemos aprendido empiricamente, no nosso cotidiano, porém dependendo da teoria e do marco conceitual que o estruturam se configura com quatro, cinco ou seis fases.

Para o conceito da Enfermagem que engloba os quatro elementos que formam seu metaparadigma: a pessoa, saúde, ambiente e Enfermagem, esses elementos não são suficientes para fundamentá-la, ao considerarmos a grandiosidade da profissão.

Dessa forma, a SAE é implementada pelo processo de enfermagem e o processo de enfermagem que é a base de sustentação da SAE possibilita sua aplicabilidade (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006; TRUPPEL et al., 2009; FREITAS et al., 2011).

Para melhor compreensão da temática seguem de forma resumida, todas as fases do Processo de Enfermagem, conforme descrevem Kenney (1990); Cianciarullo et al. (2001); Westphalen e Carraro (2001); Tannure e Pinheiro (2013) e a Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2009): a primeira fase desse processo é o Histórico de Enfermagem/ Levantamento de dados/ Investigação/ Coleta de dados: que consiste da entrevista, observação e

exame físico do paciente para identificação dos seus problemas e grau de dependência, criando interação entre cliente e enfermeiro. A coleta deve ser realizada mediante roteiro claro, conciso e preciso, segundo a realidade de cada ambiente de trabalho e determinando o estado de saúde do paciente.

A segunda fase é o Diagnóstico de Enfermagem/ Levantamento das situações de assistências: analisa e interpreta criteriosamente os dados obtidos na fase anterior e sustenta as próximas etapas, por ser dinâmico, pode ser retomado a qualquer momento.

A terceira fase consiste no Plano Assistencial/ Planejamento da Assistência que é a determinação dos resultados que se espera alcançar com a assistência de enfermagem que o paciente receberá mediante o diagnóstico estabelecido.

A quarta fase é a Prescrição de Enfermagem/ Planejamento de Enfermagem/ Implementação: caracteriza-se por colocar em prática sua proposta, ou seja, o plano assistencial, coordenando as ações da equipe de enfermagem, relacionando as informações levantadas e o conhecimento técnico – científico.

A quinta fase compreende a Evolução de Enfermagem/ Acompanhamento/ Avaliação de Enfermagem: é o relato diário das mudanças sucessivas ocorridas com o paciente, podendo-se avaliar os resultados alcançados com a assistência prescrita e realizada, tem característica dinâmica, interligada e contínua. Nesta etapa é fundamental o registro de todos da equipe de Enfermagem para facilitar a avaliação e retroalimentação das etapas anteriores, trazendo visibilidade à profissão e garantindo a qualidade da assistência prestada.

A sexta fase consiste no Prognóstico de Enfermagem que é a capacidade do paciente em atender suas necessidades básicas alteradas, com vistas ao plano assistencial prescrito e implementado e a sua evolução diária.

Torna-se importante dizer que a Resolução COFEN nº 358/2009 contempla todas as etapas, exceto a fase: Prognóstico de Enfermagem.

Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993); destacam ser essencial que o Processo de Enfermagem seja sustentado por uma teoria e excluem o Prognóstico de Enfermagem. Ressaltando que, pode ser implantado sumarizado em três etapas: Histórico, Prescrição e Evolução de Enfermagem.

A realidade da implantação do Processo da Assistência de Enfermagem sumarizado foi vivenciada pelo Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo em 1981.

Castellanos e Castilho (2000) definem a Sistematização da Assistência de Enfermagem como ação privativa do enfermeiro, realizada após levantamento dos dados, com conhecimento científico para implementar o Sistema de Assistência de Enfermagem, proporcionando assistência individualizada e de qualidade ao paciente, sendo importante a atuação das equipes e instituição hospitalar.

Para Carvalho et al. (2007) a SAE é a organização da assistência de enfermagem prestada, utilizando todas as fases do método científico, sendo assim definida pela maioria dos enfermeiros brasileiros. Quando não utilizada todas as etapas emprega-se o termo Processo de Enfermagem.

Pivotto, Lunardi Filho e Lunardi, (2004); Truppel et al. (2009) e Freitas et al. (2011) ressaltam que a SAE configura-se num instrumento metodológico para organizar e sistematizar o cuidado, baseado em evidências. Emprega método científico, que solidifica a profissão e facilita a supervisão, avaliação, acompanhamento dos resultados e gerencia a qualidade dos cuidados prestados. É um importante meio pelo qual os enfermeiros demonstram seus conhecimentos técnicos, científicos e humanos na assistência ao paciente.

Portanto, compreender o Processo de Enfermagem como instrumento dinâmico de trabalho é fundamental. Muitos autores definem e descrevem etapas com diferentes abordagens e abrangência, no entanto é importante considerar que se trata de uma ferramenta que qualifica a assistência de enfermagem e requer sustentação de um referencial teórico, equipe envolvida, estimulada e incentivada, recursos adequados, ou seja, ações que caracterizam o processo de trabalho gerencial.

## **2.2 SISTEMA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE): BREVE DISCURSO**

Segundo Cianciarullo et al. (2001) em 1981 no Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo foi adotado o Processo de Enfermagem, como elemento norteador da assistência de enfermagem, inicialmente chamado de Sistemática de Assistência de Enfermagem, sendo posteriormente intitulado como Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE).

Barros (1998) ressaltou que, o processo de enfermagem passou a ser alvo de maior preocupação pelos enfermeiros brasileiros, após a aprovação de Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei nº 7.498 de 25 de agosto de 1986),

regulamentada pelo Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987 que, estabeleceu dentre as atividades privativas do enfermeiro, a consulta e prescrição de enfermagem.

No decorrer da prática profissional observou-se uma preocupação constante dos dirigentes de hospitais em relação à Decisão do COREN-SP/DIR/008/99 de 19 de outubro de 1999, homologada pelo COFEN por meio da sua Decisão nº 001/2000 de 04 de janeiro de 2000 que normatizava a implementação da SAE nas instituições de saúde no âmbito do Estado de São Paulo, determinando que até 30 de julho de 2001 a SAE estivesse implementada, em toda a sua extensão, a todos os pacientes internados ou assistidos.

Destarte, o Enfermeiro deve se basear na Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/1987, CEPE e Resoluções do COFEN, uma vez que, nossa Lei no art. 11, *alínea “c”* estabelece ser privativo do enfermeiro *“planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem”* (BRASIL, 1986; 1987).

O COFEN (2009) na Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a SAE e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados onde ocorrem os cuidados de enfermagem, considera ser atividade privativa do enfermeiro; que organiza o trabalho profissional por utilizar instrumento metodológico pautado em teoria; proporciona a operacionalização e documentação; contribuindo para atenção à saúde da população; visibilidade e reconhecimento profissional. Definindo o Processo de Enfermagem como método científico a ser utilizado para operacionalização da metodologia assistencial – SAE.

Corroborando com essa afirmativa Remizoski, Rocha e Vall (2010) referem que a SAE é uma ferramenta que proporciona: recursos técnicos, científicos e humanos, melhor qualidade assistencial, reconhecimento e valorização.

Para salientar sua importância, Neves e Shimizu (2010, p.223) citam: “SAE: organização do trabalho, segundo as fases do seu fluxo. Implica na definição da natureza e do tipo do trabalho a ser realizado, desde a base teórico-filosófica, tipo de profissional requerido, técnicas, procedimentos, métodos, objetivos e recursos materiais para a produção do cuidado”.

Contudo, a assistência com qualidade implica na presença de profissionais qualificados que supervisionem o trabalho da equipe e operacionalizem a SAE para

garantir cuidados de enfermagem individualizados e de acordo com protocolos institucionais.

Lunney (2001, p.7) citou o filósofo da ciência Glenn Webster que em 1984 relatou que: “a complexidade dos fenômenos no domínio da Enfermagem não encontra rival, porque o paciente busca ser visto como uma pessoa inteira e não uma patologia.”

Para Lunney (2001) diagnosticar respostas humanas é complexo, porque requer conhecimento teórico, experiência e interação interpessoal, aplicados ao comportamento do paciente frente à saúde e à vida.

Destarte, por meio da aplicabilidade da SAE nos envolvemos, somos responsáveis e comprometidos pela assistência, demonstramos e aprimoramos nosso conhecimento técnico científico, temos visão holística do paciente, porque nos deparamos com suas necessidades, carências físicas, emocionais, fisiológicas, biológicas, espirituais e criamos elo de mútuo respeito e confiabilidade e nos tornamos seu ponto de apoio e segurança.

Concordo com Cianciarullo et al. (2001); Westphalen e Carraro (2001) e Tannure e Pinheiro (2013) que para a realização da SAE o enfermeiro precisa ter vontade consciente para não realizá-la de forma mecânica e documentá-la pautado nas necessidades do paciente, manter controle dos seus resultados, refletir sobre suas ações, se atualizar e realizar intervenções com base científica.

Silva et al. (2011) destacam a importância do pensamento crítico do enfermeiro centrado nos objetivos e resultados para atender as necessidades do cliente.

Por considerar a SAE uma importante ferramenta de trabalho que organiza, direciona e valoriza a assistência, se tornou importante conhecer, no momento da sua implantação e desenvolvimento no Hospital das Clínicas, o sentimento vivenciado, as experiências adquiridas, conhecimentos técnico-científicos ampliados, as dificuldades enfrentadas. Enfim as percepções do Enfermeiro Supervisor Técnico de Seção na operacionalização da SAE na sua vida profissional diária, considerando que a implementação de um plano de cuidados direcionado e individualizado proporciona benefícios e garante melhor e contínua assistência de enfermagem.

Foi com essa inquietação que acredito ser relevante a realização dessa pesquisa, com a finalidade de conhecer e compreender o sentimento e a visão dos enfermeiros quanto à operacionalização diária da SAE na sua rotina profissional.

Assim concordo com Pádua (1996) e Leopardi et al. (2002) que a pesquisa surge, quando não encontramos resposta plausível para nosso questionamento, dessa maneira ao pesquisarmos, adquirimos conhecimentos que nos auxiliarão a compreender a realidade e direcionar nossas ações.



*OBJETIVO*

### **3. OBJETIVO**

Conhecer e compreender as percepções do Enfermeiro Supervisor Técnico de Unidade de Internação quanto à realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na sua rotina profissional, em um hospital público universitário do interior de São Paulo.

## **REFERENCIAL METODOLÓGICO**

## 4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

A abordagem qualitativa, na perspectiva da Fenomenologia, foi utilizada para desvelar a compreensão, satisfação, desapontamentos, surpresas dos enfermeiros quanto à realização da SAE em seu cotidiano de trabalho, sendo essa uma experiência vivenciada por todos, assim como foi para a pesquisadora.

Assim, optou-se por adotar como trajetória metodológica a vertente da Fenomenologia por não podermos usar instrumentos de medida quantitativa ao abordar a natureza do estudo.

Neste tipo de pesquisa Leopardi et al. (2002), destacou que:

“o pesquisador pode ter mais liberdade para interpretar, porém, não poderá dar margem a nenhuma possibilidade de dúvida sobre o que encontrou e sobre o curso de sua interpretação, expondo sua comprovação da hipótese em linguagem tanto impessoal como pessoal.” (LEOPARDI et al., 2002, p.59).

O conhecimento se origina de informações de pessoas que vivenciam a experiência estudada e não podem ser controladas e generalizadas, devendo ser consideradas como verdadeiras (LEOPARDI et al. 2002).

Os dados encontrados são acontecimentos importantes, pois servem para mostrar a intensidade ou recorrência de uma situação, sendo importante o pesquisador deixar visível, tudo o que for possível, inclusive seu próprio pensamento. Assim, de maneira compendiada dado é: toda observação que pode refletir a realidade e permitir a formulação de postulados, podendo produzir novas interrogações sobre a mesma realidade (LEOPARDI et al. 2002).

Na investigação qualitativa, o investigador vai em direção oposta, ou seja, começa pelos dados e deles é que emergem as hipóteses, sendo do tipo indutivo. A coleta de dados apresenta-se como um processo de ir e vir, em interação com os sujeitos que vivem uma dada experiência e outro ponto a ser avaliado é o processo que o investigador decide quais as qualidades a serem estudadas (LEOPARDI et al., 2002).

Enquanto Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998) relatam que, na Investigação Qualitativa após definir o problema, é necessária uma sustentação teórico-filosófica.

Diante disso, optei pela Fenomenologia, que é um dos caminhos metodológicos para esse tipo de pesquisa.

A Fenomenologia se originou como movimento na filosofia, sendo aplicada, às Ciências humanas e na Enfermagem, enquanto busca de alternativa metodológica de pesquisa, respeitando a natureza dos objetos de investigação (CORRÊA, 1997).

Conforme descrevem Leopardi et al. (2002) este estudo sustenta-se pela Base Hermenêutica, que estabelece:

“leitura das informações transcritas, para familiarizar-se com o texto sobre a experiência vivida, colocar-se no lugar do informante, evidenciar os significados encontrados para responder à questão, evidenciar as unidades significativas e agrupá-las para chegar a uma análise da estrutura do fenômeno.” (LEOPARDI et al., 2002, p.205)

Segundo Leopardi et al. (2002) a hermenêutica propõe que a verdade é atingida quando o sujeito se aproxima cada vez mais da sua essência, o que permitiu as abordagens qualitativas à fenomenologia, que em seu desenvolvimento, nunca deixou de ser uma hermenêutica do ser.

Corroborando Haguette (1994) enfatiza que, para a autenticidade da pesquisa é importante considerarmos o sentido que as coisas têm para os pesquisados de acordo com a situação em que está.

O físico alemão John Heinrich Lambert (1728-1777), usou pela primeira vez em 1764, a palavra fenomenologia, caracterizando-a como teoria da aparência, visão falsa da realidade. No decorrer da história houve outros filósofos que utilizaram essa terminologia. Em 1804, Fichte que mantém a ideia de teoria da aparência, mas considera uma revelação de algo verdadeiro; Hegel em 1807 a define como método e filosofia, uma vez que, se dedicou ao estudo do movimento do espírito. Heidegger a tratou com fenomenologia da existência, Ricouer desenvolveu a fenomenologia hermenêutica e Schutz a sociologia fenomenológica conforme citado por Martins (1992); Corrêa (1997) e Spiri e Leite (1999).

No entanto, Franca (1978); Corrêa (1997) e AmatuZZi (2009) descrevem que foi Edmund Husserl (1859-1938) o verdadeiro fundador do movimento

fenomenológico na Alemanha, sendo despertado por Franz Brentano em 1900 quanto às insuficiências das ciências humanas. Então, Husserl buscou uma maneira que nos colocasse no mesmo plano da realidade.

A fenomenologia é uma filosofia que repõe as essências na existência, e pensa que se possa compreender o homem como um sujeito, susceptível às contingências do mundo, que observa a necessidade de lutar para encontrar-se (MARTINS, 1992; MERLEAU-PONTY, 2006).

Assim, Merleau-Ponty (2006) descreveu a fenomenologia:

“[...] É o estudo das essências, e todos os problemas. [...] resumem-se em definir essências: a essência da percepção, a essência da consciência. [...] é também uma filosofia que repõe as essências na existência, e não pensa que se possa compreender o homem e o mundo de outra maneira senão a partir da sua “facticidade”” (MERLEAU-PONTY, 2006, p.01).

Enquanto Merleau-Ponty (2006) aponta que, a fenomenologia de Husserl tem a lógica de descrever e não de analisar ou explicar, pois se sustenta na ideia de que, quando o homem pensa, pensa em algo, a partir da sua interpretação ou experiência vivida e esta característica implica na noção da intencionalidade, porque é impossível para ele ter a percepção interior sem a exterior.

Para Martins (1990) o fenômeno é o objeto de investigação fenomenológica e citam a sua etimologia:

“do grego *phainomenon* significa discurso esclarecedor a respeito daquilo que se mostra para o sujeito interrogador. Do verbo *phanesthai* como se mostrar, desvelar-se. Fenômeno é, então, tudo o que se mostra, se manifesta, se desvela ao sujeito que o interroga.” (MARTINS, 1990, p.141).

Corroborando Martins (1992) refere que, a fenomenologia é um movimento da investigação direta e a descrição de fenômenos experienciados, sem explicação e livre de pressupostos e preconceitos.

Dartigues (1973) descreve que:

“[...] um dos princípios básicos da fenomenologia é à intencionalidade da consciência, se a consciência é sempre consciência de alguma coisa e se o objeto é sempre objeto para a consciência, é inconcebível que possamos sair dessa correlação, já que, fora dela, não haveria nem consciência nem objeto.” (DARTIGUES, 1973, p.26)

Correa (1997) enfoca que na fenomenologia trabalha-se a idéia da redução fenomenológica, enquanto para Forghieri (1991) essa redução nos permite visualizar o mundo e o sujeito como fenômeno, com uma totalidade, os quais se revelam, reciprocamente, como significações.

Para Martins (1992) no campo da análise da fenomenologia há relação *noesis-noema*, ou seja, *noesis* significa o ato intencional da consciência e *noema* significa aquilo que é visto. Assim a análise fenomenológica trata da consciência do sujeito, que atribui significado a algo que focaliza.

Enquanto Merleau-Ponty (2006, p.06) aponta que, a problemática da redução é importante, por considerarmos que a redução fenomenológica é a fórmula de uma filosofia existencial e para Husserl, toda redução ao mesmo tempo em que é transcendental, é necessariamente eidética. Uma vez que, minha percepção é diferente do outro, por sermos e termos valores únicos. Por outro lado, minha percepção do mundo com olhar filosófico deve estar associada à tese do mundo, considerando que “a percepção não é uma ciência do mundo, não é nem mesmo um ato, uma tomada de posição deliberada; ela é o fundo sobre o qual todos os atos se destacam e ela é pressuposta por eles.”

Corroborando, Martins (1992) interpreta que a consciência, na sua intencionalidade, busca a essência do fenômeno interrogado, ou seja, para alcançarmos a essência do seu desvelamento, precisa-se reduzi-lo e purificá-lo, usando a técnica “variação eidética”.

Enquanto Capalbo (1984, p.139) afirma ser “pela descrição e variação imaginária dos aspectos acidentais que se chega à essência”.

Ainda envolvendo a busca da essência do fenômeno tem-se a “*epoché*” que significa deixar de lado ou colocar entre parênteses nossas crenças, teorias, preconceitos em relação ao fenômeno que se interroga, como apontado por Martins (1992).

Corroborando Merleau-Ponty (2006, p.14) descreve que, a essência não é a meta, mas sim um meio que busca a essência da consciência, aquilo que de fato o mundo é para nós, antes da tematização e a redução eidética, há a ambição de igualar a reflexão à vida irrefletida da consciência. Assim, “o método eidético é o de um positivismo fenomenológico que funda o possível no real.”

Dessa forma, ao buscar a essência da percepção consideramos a percepção como acesso à verdade de todas nossas reflexões, experiências, visão do mundo,

assim ela é o fundo sobre o qual todos os atos se destacam e é pressuposta por eles.

Em síntese, a fenomenologia tem como enfoque central à compreensão dos fenômenos, dirigindo-se a vivência cotidiana.

Conforme comenta Cohen (1987) e Corrêa (1997), Husserl foi e ainda é a figura central do movimento fenomenológico, sendo precedido por outros filósofos que desenvolveram suas concepções sobre esse enfoque, como Heidegger (1889-1976) na Alemanha, Sartre (1905-1980) e Merleau-Ponty (1908-1961) na França.

Diante disso, Merleau-Ponty (2006) traz a ideia filosófica da fenomenologia, e para traduzi-la como método, será utilizado Martins (1992) que a sintetiza em três momentos: a descrição, a redução e a compreensão.

A **descrição**, na visão de Merleau-Ponty, possui três elementos: a percepção, a consciência que se direciona para o mundo-vida e o sujeito que se vê capaz de experienciar a realização da SAE em seu cotidiano de trabalho.

Para Martins e Bicudo (1989, p.45) a descrição "(...) tem o significado de *desex-crivere*, isto é, algo que é escrito para fora".

A **descrição** de alguma coisa implica em apontarmos as suas características, lançando mão da entrevista envolvendo sujeitos que vivencia as mesmas situações, nos trazendo a questão da subjetividade, imputando na relação pesquisador-pesquisado a empatia, intuição e imaginação. Vale lembrar que, para a fenomenologia é a subjetividade que nos permite alcançar graus de objetividade.

A **redução** fenomenológica determina e seleciona as partes essenciais da descrição, usando a chamada variação imaginativa. O pesquisador refletirá sobre experiência revelada pelo pesquisado na entrevista, resgatando o que parece possuir significados e imagina cada parte como presente ou ausente dessa, até que seja reduzida ao essencial para a existência da consciência, da experiência.

Considero que nessa etapa, é necessário ignorar nosso "mundo", depois nosso julgamento e por fim nossas atitudes desse pensamento julgador.

A **compreensão** fenomenológica caracteriza-se como uma forma de investigação da experiência, porque especifica o "significado" que é essencial na descrição e na redução.

O pesquisador assume o resultado da redução demonstrando o que foi significativo para ele, diante da experiência e consciência que o sujeito tem da situação interrogada, ou seja, inicialmente as unidades de significado são



apresentadas com o discurso ingênuo do pesquisado, descrevendo sua linguagem e expressões próprias.

Leopardi et al. (2002) e Merleau-Ponty (2006), apresentam conceitos básicos usados nesse movimento, como: essência, intencionalidade da consciência e intuição.

**Essência** exprime que todo fenômeno tem uma forma e possui uma essência, uma característica, devemos buscar sua essência antes de ser nomeado, tematizado, significado e dinamizado, considerando sua essência como acesso à verdade.

**Intencionalidade da Consciência** é a sua direção. A consciência é intencional porque é a consciência de algo, direcionado para o objeto pessoal, que ocorre a partir do eu que os vivencia e que vive neles. A intencionalidade permite unir num todo o fenômeno, a vivência e o significado a ele atribuído, portanto ela só é compreendida pela redução.

**Intuição** significa obter conhecimento imediato e uma visão direta e concentrada do fenômeno. A intuição da essência é a visão do sentido, atribuída ao fenômeno percebido e nos permite identificá-lo.

Com a realização destas etapas organiza-se uma síntese das unidades significativas encontradas e a partir da análise das descrições dos vários sujeitos da pesquisa, buscam-se então, suas convergências, divergências e idiossincrasias.

Omer (1983) e Ray (1985) revelam que na Enfermagem, a utilização da fenomenologia ocorreu quando muitos pesquisadores enfermeiros perceberam que o método científico reduzia o ser humano, em unidades quantitativas, não considerando o todo dinâmico que é o ser humano vivo com o qual o enfermeiro interage na prática.

Dessa maneira, “a fenomenologia pode oferecer um meio onde as experiências vividas das enfermeiras podem ser estudadas e compreendidas” (RAY, 1985, p.84).

Segundo Omery (1987), os métodos qualitativos, como a fenomenologia, começaram a ser aplicado nos Estados Unidos na década de 1960, enquanto no Brasil, afirmam Rocha et al. (1987) e Leopardi et al. (2002) começaram a partir do final da década de 1980, proporcionando valorizar o fenômeno humano e conhecer suas às experiências e a influência dessas na prática. Para LoBiondo-Wood e Haber (2001, p.126) “Métodos qualitativos tem relevância direta para a prática de

Enfermagem por se moverem sob a superfície de resultados para revelar processos de vida que contribuíram com o resultado.”

Para Capalbo (1984) e Corrêa (1997) a Enfermagem busca compreender a visão do homem em sua totalidade de vida, como homem e enfermo e não mais em partes, situado no mundo, enfocando a fenomenologia na assistência de enfermagem prestada.

Corroborando Merleau-Ponty (2006, p.20) refere que a “fenomenologia enquanto revelação do mundo repousa sobre si mesma, ou funda-se a si mesma e tem como tarefa revelar o mistério do mundo e o mistério da razão.”

## **4.2 CENÁRIO DA PESQUISA**

O presente estudo foi realizado em hospital público universitário, localizado no interior do Estado de São Paulo, que tem por finalidade o ensino, a pesquisa e a assistência.

É referência regional para o Departamento Regional de Saúde de Bauru (DRS), correspondendo a DRS VI, que abrange o atendimento de sessenta e oito municípios em cinco regiões de saúde, tendo uma população estimada em 1.624.623 habitantes.

Localiza-se na região sudoeste do Estado de São Paulo, atendendo na sua grande totalidade pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), embora tenha uma pequena parcela de atendimento a pacientes conveniados, tendo o IAMSPE seu principal convênio.

Esta instituição é um hospital geral, vinculado a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, que tem como característica o atendimento primário, secundário e terciário, conta com 382 leitos existentes e 70 leitos divididos entre as Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Unidade Coronária, Pediátrica e Neonatal, totalizando 452 leitos para atender todas as especialidades clínica e cirúrgica. Possui quarenta e uma seções subordinadas hierarquicamente a Gerência de Enfermagem, conforme organograma da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Em todas essas unidades há atuação do profissional Enfermeiro e em todas as unidades de internação há enfermeiro atuando como Supervisor Técnico assumindo tanto a parte assistencial como gerencial no contexto hospitalar.

As três categorias de profissionais de Enfermagem são concursadas tanto pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) quanto autárquico (UNESP). Atualmente, possui uma equipe de enfermagem estimada de 187 enfermeiros, 554 técnicos de enfermagem, 311 auxiliares de enfermagem e 45 atendentes de enfermagem. Entretanto esse número de recursos humanos sofre alterações decorrentes de demissões e contratações ao longo do período.

Embora, a presente pesquisa tenha ocorrido no ano de 2009, o cenário supracitado não apresentou alterações significativas quanto ao seu quadro de recursos humanos e alocação de pessoal.

#### **4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA**

Neste estudo, os significados essenciais não se tornaram evidentes antecipadamente, eles foram trazidos para um “mostrar-se”, um “desocultar-se”, a partir de uma interrogação dos sujeitos que vivenciam o fenômeno situado em uma região de inquérito, que é a região da perplexidade.

A região de inquérito do presente estudo foi constituída pela situação vivenciada pelos enfermeiros e sua percepção sobre a aplicabilidade da SAE, na sua rotina diária de trabalho.

O número de entrevistados considerados como sujeitos da pesquisa, foi definido no decorrer do estudo, a partir das descrições obtidas nos depoimentos e suficientes para responder a interrogação proposta, ou seja, quando se obteve saturação dos dados, perfazendo nove depoimentos.

Os sujeitos pesquisados foram Enfermeiros Supervisores Técnicos das Unidades de Internação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina – UNESP – Botucatu (HCFMB/UNESP/Botucatu), assumiam a mesma atribuição e responsabilidade profissional tanto na parte administrativa quanto assistencial no contexto hospitalar, estavam vinculados à mesma Diretoria Técnica de Serviço, com mais de três anos no cargo, vivenciaram a fase em que a SAE foi implantada, isto é, tinham a experiência do antes e depois da implantação da sistematização, dessa forma caracterizei a amostra como intencional.

Esses enfermeiros estavam lotados nas Seções Técnicas de Enfermagem: Cirurgia Cardíaca e Torácica; Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço; Cirurgia Vascular; Urologia; Ortopedia e Cirurgia Plástica;

Ginecologia; Gastroenterologia; Clínica Médica I, Clínica Médica II; Dermatologia; Moléstia Infecto-contagiosa e Parasitária; Neurologia.

Foram excluídos três discursos, porque o enfermeiro não tinha período de experiência no cargo (três anos), então, não correspondia às características dos demais entrevistados e os outros dois enfermeiros não participaram por estarem usufruindo de licença-prêmio/afastamento no período da entrevista.

Os enfermeiros pesquisados estavam numa faixa etária entre 30 e 55 anos, em cargo de Supervisor Técnico de Enfermagem que variou entre três anos e dois meses a dezoito anos, com conclusão do curso de Graduação entre três anos e seis meses a vinte e cinco anos.

#### **4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS**

Para a realização dessa pesquisa, optei pela técnica de entrevista focalizada, por considerar que os informantes são testemunhas presenciais de fatos de interesse e se tratar de um tema único, como apontam Leopardi et al. (2002).

Embora sendo pesquisadora, permaneci junto ao sujeito pesquisado e formulei a questão relativa ao seu problema.

O entrevistado falou espontaneamente, sem minha intervenção e influência, apenas o conduzi nos momentos em que se desviava do tema original e explorei suas experiências em condições específicas (LEOPARDI et al., 2002).

Concordo com Leopardi et al. (2002) e Minayo (2007) quando afirmam que, a vantagem essencial dessa técnica é que os sujeitos apresentam à sua opinião, falam o que pensam e sentem sobre a situação vivida.

Enquanto pesquisadora foi necessário que eu eliminasse minhas reflexões, experiências e preconceitos, principalmente quando surgiram aspectos relativos à afetividade, experiências, pois tinha boa interação com os pesquisados e foi importante atentar-me a todos os relatos, porque me proporcionariam alcançar os objetivos propostos, pela compreensão dos fenômenos em estudo.

Destarte, essa interação entre meus colegas no papel de pesquisados, eu como pesquisadora e a minha escuta atenta foram primordiais para a qualidade dos dados e o sucesso da pesquisa.

As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas na data, local e horário propostos pelos sujeitos, sem interferência externa, sendo gravadas para

posterior transcrição, ocorreram entre os meses de abril e julho/ 2009, de acordo com a disponibilidade dos sujeitos, com duração aproximada de 0h45m.

Sendo adotada a seguinte questão norteadora:

*Como você se percebe, sendo chefe da unidade, realizar a SAE em seu dia a dia de trabalho?*

E a partir da explicitação dos sujeitos pretendi desvelar o fenômeno buscando sua compreensão.

#### 4.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

A transcrição ocorreu após escuta minuciosa de todo o conteúdo da fita magnética para o papel, respeitando a espontaneidade e ingenuidade da fala do sujeito, incluindo lapsos, erros, repetições, como descreve Minayo (2007).

Para proceder à análise dos depoimentos colhidos, seguiram-se as sugestões de Martins e Bicudo (1989) de como conduzir uma análise sob o enfoque fenomenológico, que são:

- ▶ Leitura das descrições do princípio ao fim;
- ▶ Apreensão das unidades de significado;
- ▶ Expressão dos significados;
- ▶ Convergência das unidades;
- ▶ Síntese das unidades para chegar à estrutura do fenômeno.

Dessa forma, analisam-se os depoimentos colhidos, realizando a transcrição e as leituras das descrições buscando o significado da essência das unidades de significado, parte da experiência do sujeito com a percepção da realização da prática diária da SAE, expressão dos significados tematizando e interpretando as falas, buscando convergências, divergências e idiossincrasias das unidades e a síntese dessas unidades para chegar à estrutura do fenômeno, visando a sua compreensão.

Em síntese, o procedimento adotado para cada depoimento foi:

1. Análise Ideográfica que consiste em enumerar, transcrever, ler atenta e criteriosamente para apreensão do sentido global, com novas leituras posteriores para buscar a essencialidade do fenômeno pesquisado.
2. Análise Nomotética que compreende buscar a generalidade para apreender a essencialidade e desvelar o fenômeno.
3. O último passo foi uma síntese integrando esta essencialidade.

#### 4.5.1 Análise Idiográfica

Os depoimentos foram numerados de I a IX, depois de transcritos, lidos atenta e criteriosamente, sem realizar interpretação, mas com o sentido de apreender a globalidade do depoimento. Posteriormente, novas leituras foram efetuadas, buscando a presença evidente da essencialidade do significado da percepção quanto à realização da SAE no cotidiano profissional do enfermeiro.

Os depoimentos foram analisados individualmente, extraindo as **unidades de significado**, que emergiram da própria descrição. Estas unidades de significado foram identificadas, colocadas em negrito e numeradas, uma a uma, em algarismo arábico, entre parênteses, seguindo uma sequência numérica. Obteve-se assim, uma visão global do depoimento e do local onde se encontravam os significados.

Após a obtenção das unidades de significado, procedeu-se a **redução fenomenológica**, demonstrada em um quadro composto por duas colunas. A primeira coluna, do lado esquerdo, contém as unidades de significado, que foram extraídas dos depoimentos na sequência numérica. Do lado direito, a coluna da redução fenomenológica que corresponde à linguagem da pesquisadora, relativa à fala do sujeito, seguindo a mesma sequência numérica da coluna da esquerda.

A transformação da linguagem do sujeito para a linguagem da pesquisadora ocorreu pela reflexão e pela variação imaginativa, necessárias à elucidação do que está oculto nas descrições ingênuas dos sujeitos. Analisou-se assim, cada situação buscando seu sentido e a amplitude de significações que pudesse contemplar o implícito, as diferenças e as correlações existentes em cada depoimento.

O próximo passo realizado foi agrupar as unidades de significado, já interpretadas, que possuíam um tema comum conforme a similaridade de seu conteúdo.

Realizou-se um quadro denominado: **A tematização das unidades de significado**, onde na coluna da esquerda foi colocado o tema, seguido das unidades de significado, reduzidas fenomenologicamente, que convergiram segundo a similaridade dos conteúdos com o tema e discriminados conforme seu número no quadro da redução fenomenológica.

Na coluna da direita, encontra-se a interpretação das unidades de significado, reduzidas fenomenologicamente, sendo que estas foram identificadas, entre parênteses, no final da interpretação, onde o número em algarismo romano

corresponde ao depoimento a que pertencem e os números arábicos, às unidades de significado do depoimento.

Torna-se importante que não se perca de vista a origem das unidades de significado nos depoimentos dos enfermeiros.

#### **4.5.2 Análise Nomotética**

Após análise idiográfica de cada depoimento, buscou-se a generalidade para apreender os aspectos mais comuns de todos os depoimentos para a estruturação dos fenômenos.

Inicialmente foram agrupados os temas interpretados de cada depoimento, distribuindo-os nos temas e identificados, no final de cada interpretação, com o número romano correspondente ao depoimento, seguido dos números arábicos correspondentes as unidades de significado.

Posteriormente, colocou-se em um quadro, denominado de **Quadro nomotético**, as ideias gerais desveladas e as convergências, divergências e idiossincrasias nos depoimentos, a partir da reflexão para compreender os sentidos.

Seguindo essa trajetória, o outro passo constituiu-se na análise dos significados desvelados onde se buscou a essencialidade do profissional enfermeiro na realização diária da SAE no seu cotidiano labutar.

O último passo foi uma síntese que integrou esta essencialidade.

#### **4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS**

O projeto foi aprovado pela Gerente de Enfermagem e posteriormente enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição e após aprovação (ofício nº 526/2007) (Anexo A) os sujeitos serem informados e esclarecidos sobre a pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), solicitei que explicitassem sua percepção do significado da realização da SAE em seu cotidiano de trabalho por meio de entrevista individual, áudio-gravada que após transcrição dos dados foram destruídos.

A solicitação para que os depoimentos fossem gravados, ocorreu por considerar que, esta prática favoreceria o resgate na íntegra das falas, sendo esclarecido que na possibilidade de se sentirem constrangidos, poderiam recusar o

uso do gravador e eu faria de forma manuscrita o depoimento, no momento da entrevista.

Todos os sujeitos consentiram no uso do gravador e pude assim, resgatar a percepção dos entrevistados, com seu discurso ingênuo, quanto à realização da prática diária da SAE na sua vida profissional, pertencentes a minha região de inquérito.

Tal procedimento ocorreu respeitando o Comitê de Ética em Pesquisa, o CEPE e a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, referente a Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde que dá ênfase aos compromissos éticos com os sujeitos da pesquisa, seja como indivíduo, seja como coletividade.

Concordo com Leopardi et al. (2002) que:

“toda pesquisa interfere direta ou indiretamente na vida humana, independente de metodologia e objetivo empregados, por isso é preciso nos atentar aos danos que podem causar à vida, nas suas diferentes dimensões” (LEOPARDI et al., 2002, p.289).



## *CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS*

## 5 CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 ANÁLISE IDIOGRÁFICA

Consistiu na análise de cada depoimento para a busca da compreensão individual da fala dos sujeitos do estudo, sendo orientada pela questão norteadora: como você se percebe, sendo chefe da Seção (enfermaria), realizar a SAE em seu dia a dia de trabalho?

A seguir, foi selecionado um dos depoimentos e descrito a redução, tematização e interpretação das unidades de significado. Para comprovar que o rigor do referencial metodológico e teórico assim como do método adotado foi seguido e para melhor fluidez da leitura, foram mantidos os demais depoimentos, transcritos na íntegra e suas respectivas unidades de significado e tematização, anexo ao estudo (Apêndice B).

Um depoimento apresentou ideias contraditórias, sendo solicitado ao sujeito releitura para revalidação, obtendo seu consentimento para manter a originalidade e ingenuidade do seu discurso.

Todos os discursos apresentam a originalidade da fala do sujeito entrevistado, sendo respeitada a linguagem utilizada durante a transcrição pela pesquisadora.

**Pergunta:** *Como você se percebe, sendo chefe da Seção (enfermaria), realizar a SAE em seu dia a dia de trabalho?*

**Discurso V:**

Bom, eu acredito que, enquanto enfermeira gerente, enfermeira chefe eu vejo a importância, aliás, acho de extrema importância a sistematização (1), porém, na nossa instituição, no nosso dia-a-dia é quase que uma missão impossível porque a gente não tem RH (2), nós temos o impresso apesar de precário, acho que precisa ser modificado (3), nós temos tudo, todas as condições assim, para fazer nós temos (1), o problema é: nós somos única para fazer tudo, então gente, a gente não tem, eu não posso pedir para quem faz a supervisão aqui à tarde, evoluir o paciente para mim, porque elas não ficam aqui, elas ficam em tudo, então, na verdade nós somos sozinhas, para fazer administração e assistência (2), eu tenho procurado fazer como já é pedido até pela própria instituição, dos pacientes mais graves, eu tenho deixado pronto, a

prescrição o noturno faz, o que eu não concordo, porque eles fazem uma cópia da prescrição médica (1), e acho importante e quando eu estou com aprimorando aqui, com o PRAT de enfermeiro (2), eu já tive uma aprimorando muito boa de PRAT que nós chegamos a diagnosticar, nós duas, outras patologias fora daquelas que o paciente estava internado (1), o caso aqui é só uma especialidade, então, nós diagnosticamos tumor de mama, tumores abdominais, não como diagnósticos, mas foi encontrado, foi achado, então eu acho muito importante, porque se a gente pensar que fazer enfermagem, cuidar de um paciente em toda a sua parte social, parte humana, psicológica, de saúde, eu preciso olhar esse paciente como um todo, e para eu olhar como um todo eu preciso sistematizar, e fazer o pessoal da enfermagem entender que aquilo que eu estou prescrevendo foram coisas que eu vi e eu acho necessário fazer os cuidados, então eu acho extremamente importante (1), o que falta para a gente, é gente para ajudar, precisa de enfermeiros, não falo gente de técnico e auxiliar de enfermagem, eu falo de gente enfermeiro (2), porque senão a gente não consegue fazer, acho que precisa ter um treinamento, porque a gente sabe que tem enfermeiro que não sabe o que é SAE ainda, não é? Tanto não sabe que estão copiando coisas da prescrição médica, então eu acho, que tem que fazer um treinamento, não é um treinamento como, chamando eu e você para treinar, é chamar gente que sabe o que é e que explique da melhor maneira possível, didaticamente a gente tá falando (4), porque, vir explicar, eu entendo de um jeito, você entende de outro, fulano entende de outro.

Agora é importante, muito importante, eu vejo como muito importante, tento fazer o máximo, mas é impossível fazer de dezesseis leitos, todos os dias, sistematizar todo mundo, porque senão a gente só fica fazendo isso, não dá, então eu pego os mais críticos, semi-críticos (1), agora intermediários ou cuidados mínimos, um ou outro quando dá algum problema, senão; “oi, tá tudo bem, tá tudo certo, o senhor tem alguma queixa? Não? E os outros ponho a mão da cabeça aos pés, evoluo todo mundo (1), os impressos, eu acho que os impressos de exame físico não é válido, estou falando para assistência gerencial, não é válido, o de admissão tem que mudar, tem que mudar o de admissão, tem que mudar o impresso de exame físico, o impresso de exame físico não precisa existir, se eu fizer a admissão do paciente, fizer a primeira evolução dele, primeiro exame físico e primeira evolução, acabo, já tá lá, está registrado na

primeira folhinha que eu abri da prescrição, aquela folhinha de prescrição, atrás tem a evolução, ali eu faço o primeiro exame físico e depois eu evoluo, então **não tem a necessidade de mais aquele impresso**, então tá complicado, **evolução de ferida, não precisa daquilo**, entendeu? Não precisa, **eu tô olhando a ferida e eu vou relatar na evolução a ferida dele (3)** e o que eu estou fazendo, então **eu acho muito papel (3), para pouca gente fazer (2) e para muito serviço que a gente faz (6)**. Então, é importante, e **eu vi o quanto é importante, a partir do momento que eu comecei a diagnosticar coisas (1)**, que o paciente não estava internado para isso e paralelamente corria outras **patologias e que foi diagnosticado através do exame físico da enfermagem, porque nem do médico foi (1)**, e pelo contato que você acaba tendo com o paciente ele acaba entendendo sua preocupação e relatando muita coisa, então **quando eu examino eu crio vínculo (5)**, né? Tá ali, conversando, criando vínculo, isso é muito bom, porque daí ele fala, “olha eu estou com dor de garganta,” a tá, “olha eu não estou conseguindo engolir”, ok? Então, vamos lá resolver, tumor de mama importante, tumor abdominal, então esses foram os mais importantes que a gente achou, até tumor de garganta **foi diagnosticado**, de que jeito, **fazendo a sistematização (1)**. Então é bom eu acho que é válido **mas, a gente precisava** aprimorar, **aprimorar os conhecimentos (4), montar os impressos, padronizar esses impressos, mas impressos bons (3)**, e tem que **ter treinamento para isso (4)**, não como os treinamentos que já foram feitos, eu acho que não foi válido ainda, precisa validar bastante. Então, eu acho que vale a pena, **e preciso de alguém para me ajudar para eu fazer de todos os pacientes**, só isso, alguém para me ajudar, **porque assim a gente vai dividir (2)**, não é? Eu divido oito pacientes para ela e oito para mim, só que daí eu divido oito para ela e oito para mim, já diminui o que eu tenho que fazer, **e eu consigo dar conta do administrativo**, o administrativo **não é um monte, só que muitas vezes são coisinhas que tomam muito o seu tempo**, então por exemplo, eu ainda tenho que fazer o tal do relatório da torneirinha, a tampa eu não fiz ainda, eu não consegui, **eu tenho que fazer o relatório, aquelas tarefinhas que foram cobradas a semana passada**, eu não fiz, **estou uma semana de atraso (6)**, eu vou fazer, hoje a tarde eu sento e faço tudo, mas **pergunta quanta sistematização eu consegui fazer (1)**, duas e nesse meio de tempo você tem entre outras, agora **eu vou delegar**, tá certo determinadas funções eu poderia delegar, **mas pra quem? Se nem funcionário para dar conta dos oito banhos de leito eu tenho (2)**, como que

eu vou delegar por exemplo, que alguém faça o pedido de roupa, então eu não tenho nem a cara de pau para pedir, porque eu sei que elas tem oito banhos de leito e aqui o banho de leito é banho de leito mesmo, e o paciente não fede, porque o banho de leito dura 40 minutos cada banho de leito, então como eu posso falar: “fulana faz o pedido para mim de roupa”, me falam “olha tá faltando dersani”, eu aviso a medicação, mas às vezes, eu prefiro ir lá e fazer, do que avisar a medicação que tem que pedir, entendeu? Tem que descer uma alta, **eu não tenho escrituraria (2)** o tempo inteiro, então quem desce à alta sou eu, quem faz a internação sou eu, a escrituraria fica aqui meio período e a tarde, para mim a tarde não resolve, à tarde o paciente tem que estar vazando, então é assim **eu tenho dó de pedir (5)**, **eu assumo essas responsabilidades (6)**, eu assumo, pra isso eu preciso que alguém me ajude, e **talvez**, até essas responsabilidades, **eu conseguiria dividir (6)**, agora, por exemplo, tem sonda para passar, sonda enteral, vai aguardar, a hora que der eu vou passar, ficou até agora sem, não vai morrer se ficar mais uma hora, espera, porque ninguém passa, e eu não vou esperar a supervisão passar toda a ronda dela, que ela tem que passar, para depois voltar aqui e passar para mim uma sonda, então eu acho assim, o **único empecilho é gente**, eu acho que **se tivesse mais uma enfermeira com todo mundo no setor, eu e mais uma e com todas as outras chefes (2)**, tranquilamente se evolui, e faz o que tem que fazer **(1)**.

Eu me sinto mal, muito mal por não conseguir dar conta, não assim no sentido de “você é uma incompetente” **(5)**, você não deu conta por incompetência, **porque não dá para dar conta (6)**, então eu me sinto mal porque, **o Sr D. que é um paciente de UTI tá recebendo mais a minha atenção do que o Sr G. que é um pré-operatório (1)**, e eu acho que ele está num período que ele precisa mais da minha atenção, porque ele está indo para um procedimento cirúrgico, porque ele pode parar e não voltar mais, entendeu? Mas, **na minha escala de complexidade, diante da folhinha da prescrição o Seu G. é um paciente mínimo (1)**, entendeu?

Só que é assim, isso é o que está no papel, então o que eu faço eu tento dar a atenção para ele, então **eu me culpo por isso (5)**, porque eu acho que eu poderia fazer todo um trabalho de orientação, realmente como deveria fazer, como: “Seu G., vamos sentar, o senhor tem dúvida do que vai acontecer amanhã, já explicaram pro senhor? Mas, eu não consigo, entendeu? Então, **isso me deixa muito chateada, porque eu acho que daí eu me torno uma pessoa assim, relapsa (5)**, de não

poder ajudar, não por incompetência, por não conhecer, **por não ter tempo (6)**, então eu acho isso daí e eu acho que **os pacientes de cuidados mínimos e intermediários, quando estão sem intercorrências, são prejudicados quanto à assistência de enfermagem (1)**. Eu acho, porque são dados os cuidados mínimos, realmente isso, mas será que esse mínimo não está precisando de alguma coisa a mais, e eu não estou conseguindo dar, então **a sensação que eu tenho é essa de me sentir mal**, porque **eu queria** estar dando para todos, o mesmo cuidado, a mesma orientação, a mesma, **voltar toda a energia da gente** pro mesmo jeito, **para todos**, e aí **a gente fica triste de ver (5)**, porque **você vai em palestra (4)**, você vai nisso, vai naquilo, e daí você fala: “puxa vida eu não consigo fazer isso”. Por que eu não consigo fazer isso? Uma coisa eu já enfiei na minha cabeça: **eu não consigo, porque eu não tenho gente (2)**, então **eu não me culpo (5)** assim. Olha, **a instituição não me ajuda, e isso é muito ruim, porque ela poderia ajudar**, com toda certeza disso, **ela tem capacidade para me ajudar** nisso que eu falo, porque eu acho que plantão não está voltado para isso, nem dela e nem de nenhuma hierarquia, acima da gente, não está voltada e isso é notório, só que eu não sei o que vai dar e **a cobrança é grande, eu quero ver a hora que o COREN voltar, e eles voltam (6)**, já foi falado vinte vezes a mesma coisa, até agora ninguém resolveu, ninguém ajuda a gente, a gente tá tentando, mas não está dando, vamos ver, né?

**Eu acho que eles deveriam escutar e depois espero que vocês relatem tudo isso para eles, porque eu acho que eles precisam não só cobrar, eles precisam achar um jeito de fazer melhorar, tem como fazer melhorar, e isso por enquanto está muito complicado (6).**

*Nota: A sigla PRAT corresponde a Programa de Aprendizagem e Treinamento.*

**Quadro 1 - Redução Fenomenológica**

| UNIDADES SE SIGNIFICADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | REDUÇÃO FENOMENOLOGICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(1) Eu acredito que, enquanto enfermeira gerente, enfermeira chefe eu vejo a importância, aliás, acho de extrema importância à sistematização (...) nós temos tudo, todas as condições para fazer nós temos (...) eu tenho procurado fazer como já é pedido até pela própria instituição, dos pacientes mais graves, tenho deixado pronto, a prescrição o noturno faz, o que eu não concordo, porque eles fazem uma cópia da prescrição médica (...) nós chegamos a diagnosticar (...) outras patologias fora daquelas que o paciente estava internado (...) nós diagnosticamos tumor de mama, tumores abdominais, então eu acho muito importante, porque (...) fazer enfermagem, cuidar de um paciente (...) parte social, parte humana, psicológica, de saúde (...) olhar (...) como um todo, e para eu olhar (...) preciso sistematizar, e fazer o pessoal da enfermagem entender (...) que eu estou prescrevendo foram coisas que eu vi e eu acho necessário fazer os cuidados, então eu acho extremamente importante (...) eu vejo como muito importante tento fazer o máximo, mas é impossível fazer de dezesseis leitos, todos os dias, sistematizar todo mundo,</p> | <p>A enfermeira afirma sobre a importância da realização da sistematização e de termos todas as condições para executá-la. Embora, tenha priorizado os pacientes mais graves, diz que os enfermeiros do serviço noturno fazem uma cópia da prescrição médica. Percebeu a necessidade da SAE ao diagnosticar pelo exame físico, outras patologias não detectadas pelos médicos, como tumores e enfatiza que, para cuidar integralmente de um paciente precisa sistematizar e fazer o pessoal da Enfermagem entender a importância de prestar os cuidados prescritos pela enfermeira. Embora saiba da importância da sistematização, informa ser difícil realizar para todos os pacientes diariamente, sendo necessário à priorização dos críticos e semi-críticos, assim como para fazer a evolução, e diz que tranquilamente se evolui, e faz o que tem que fazer. Observa que, pelo grau de complexidade dos pacientes, o cliente no período pré-operatório é considerado como cuidados mínimos, porém aponta a necessidade de orientá-lo, às vezes não sendo informado, pelos cuidados prestados aos pacientes de cuidados intensivos, afirmando que, clientes de cuidados mínimos e intermediários, quando estão sem intercorrências, são</p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>porque senão a gente só fica fazendo isso, não dá (...) pego os mais críticos, semi-críticos (...). E os outros ponho a mão da cabeça aos pés, evoluo todo mundo (...) eu vi o quanto é importante, a partir do momento que eu comecei a diagnosticar coisas (...) e que foi diagnosticado através do exame físico da enfermagem, porque nem do médico foi (...)</p> <p>(...) foi diagnosticado (...) fazendo a sistematização (...) pergunta quanta sistematização eu consegui fazer (...) tranquilamente se evolui, e faz o que tem que fazer (...) o Sr D. que é um paciente de UTI tá recebendo mais a minha atenção do que o Sr G. que é um pré-operatório (...) na minha escala de complexidade, diante da folhinha da prescrição o Sr G. é um paciente mínimo (...) os pacientes de cuidados mínimos e intermediários, quando estão sem intercorrências, são prejudicados quanto à assistência de enfermagem (...)</p> | <p>prejudicados quanto à assistência de enfermagem.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p>2) (...) na nossa instituição, no nosso dia-a-dia é quase que uma missão impossível porque a gente não tem RH (...) nós somos única para fazer tudo, então gente, a gente não tem, eu não posso pedir para quem faz a supervisão aqui a tarde, evoluir o paciente para mim (...) elas ficam em tudo (...) nós</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>Relata que na Instituição e no dia-a-dia é difícil pela falta de RH, sendo que a enfermeira é única para tudo, ou seja, parte administrativa e assistencial, diz da dificuldade de pedir para as enfermeiras da Supervisão da tarde porque elas ficam com outras enfermarias. Aponta a importância de ter outro profissional</p> |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>somos sozinha, para fazer administração e assistência (...) e acho importante e quando eu estou com aprimorando aqui, com o PRAT de enfermeiro (...) o que falta para a gente, é gente para ajudar, precisa de enfermeiros, não falo de gente de técnico e auxiliar de enfermagem, eu falo de gente enfermeiro (...) para pouca gente fazer (...) e preciso de alguém para me ajudar para eu fazer de todos os pacientes (...) porque assim a gente vai dividir (...) eu vou delegar (...) mas, para quem? Se nem funcionário para dar conta dos oito banhos de leito eu tenho (...) eu não tenho escrituraria (...) único empecilho é gente (...) se tivesse mais uma enfermeira com todo mundo no setor, eu e mais uma e com todas as outras chefes</p> <p>(...) eu não consigo, porque eu não tenho gente (...)</p> | <p>Enfermeiro, para dividir as tarefas, notando a diferença com o enfermeiro do PRAT, enfatiza como ponto facilitador ter outra enfermeira com todas as enfermeiras chefes. Cita a dificuldade da falta de pessoal na equipe como auxiliares e técnicos de enfermagem, inclusive para prestar assistência.</p>                                                                                 |
| <p>3) (...) nós temos o impresso apesar de precário, acho que precisa ser modificado (...) eu acho que os impressos de exame físico não é válido, estou falando para a assistência gerencial, não é válido, o de admissão tem que mudar (...) se eu fizer a admissão do paciente, a primeira evolução dele, primeiro exame físico (...) está registrado na primeira folhinha</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>Ressalta que, embora haja o impresso para a SAE julga que é precário e não válido para a assistência gerencial, também acredita que o impresso da admissão deva mudar, pois ao realizar a admissão do paciente registra na evolução com o primeiro exame físico, inclusive relatando sobre a úlcera por pressão, afirma ser muito papel, mas julga necessário a montagem e padronização</p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>que eu abri da prescrição (...) não tem a necessidade de mais aquele impresso (...) evolução de ferida, não precisa daquilo (...) eu tô olhando a ferida e eu vou relatar na evolução a ferida dele (...) eu acho muito papel (...) montar os impressos, padronizar esses impressos, mas impressos bons (...)</p>                                                                                                                                                                                | <p>de impressos bons.</p>                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p>4) (...) acho que precisa ter um treinamento, porque a gente sabe que tem enfermeiro que não sabe o que é SAE ainda não é? Tanto não sabe que estão copiando coisas da prescrição médica (...) tem que fazer um treinamento (...) é chamar gente que sabe o que é (...) didaticamente a gente tá falando (...) mas, a gente precisava aprimorar os conhecimentos (...) ter treinamento para isso (...) você vai a palestras (...)</p>                                                            | <p>A enfermeira relata a necessidade de treinamentos, devido ter enfermeiras que copiam prescrição médica, mas enfatiza ser um treinamento com profissional experiente e com didática, e afirma da importância de aprimoramento dos conhecimentos com esses cursos e palestras.</p> |
| <p>5) (...) quando examino eu crio vínculo (...) (...) eu tenho dó de pedir (...). Eu me sinto mal, muito mal por não conseguir dar conta, não no sentido de “você é uma incompetente” (...) eu me culpo por isso (...) isso me deixa muita chateada, porque eu acho que daí eu me torno uma pessoa assim, relapsa (...) a sensação que eu tenho é essa de me sentir mal (...) eu queria (...) voltar toda a energia da gente (...) para todos (...) a gente fica triste de ver (...) eu não me</p> | <p>Afirma que, quando examina cria vínculo, mas tem dó de pedir ajuda e se sente mal, triste, relapsa e chateada por não dar conta e refere que queria voltar toda sua energia para todos os pacientes.</p>                                                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| culpo (...)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>6) (...) para muito serviço que a gente faz (...) e eu consigo dar conta do administrativo (...) não é um monte, só que muitas vezes são coisinhas que tomam muito o seu tempo (...) eu tenho que fazer o relatório, aquelas tarefinhas que foram cobradas a semana passada (...) estou uma semana de atraso (...) eu assumo essas responsabilidades (...) talvez (...) eu conseguiria dividir (...) porque não dá para dar conta (...) por não ter tempo (...) a Instituição não me ajuda, e isso é muito ruim, porque ela poderia ajudar (...) ela tem capacidade para me ajudar (...) a cobrança é grande, eu quero ver a hora que o COREN voltar, e eles voltam (...). Eu acho que eles deveriam escutar e depois espero que vocês relatem tudo isso para eles, porque eu acho que eles precisam não só cobrar, eles precisam achar um jeito de fazer melhorar, tem como fazer melhorar, e isso por enquanto está muito complicado.</p> | <p>Afirma que, embora seja muito serviço, a parte administrativa não é muita, mas toma muito tempo e com isso está atrasada com relatórios. Assume muitas responsabilidades, por não ter como dividir, porém é incisiva ao dizer que, a Instituição mesmo tendo meios de ajudar, não o faz e que há uma cobrança grande, mas não há mudanças mesmo com a visita do COREN-SP.</p> <p>Acredita que tem como melhorar e solicita que a Diretoria seja informada para no lugar de cobrança promova melhorias.</p> |

**Quadro 2 – A Tematização das Unidades de Significado**

| REDUÇÃO/TEMATIZAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | INTERPRETAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Complexidade assistencial e a aplicabilidade da SAE.</b></p> <p>(1) A enfermeira afirma sobre a importância da realização da sistematização e de termos todas as condições para executá-la. Embora, tenha priorizado os pacientes mais graves, diz que os enfermeiros do serviço noturno fazem uma cópia da prescrição médica. Percebeu a necessidade da SAE ao diagnosticar pelo exame físico, outras patologias não detectadas pelos médicos, como tumores e enfatiza que, para cuidar de um paciente como um todo precisa sistematizar e fazer o pessoal da enfermagem entender a importância de prestar os cuidados prescritos pela enfermeira. Embora saiba da importância da sistematização informa ser difícil realizar para todos os pacientes diariamente, sendo necessário à priorização dos críticos e semi-críticos, assim como para fazer a evolução, e diz que tranquilamente se evolui, e faz o que tem que fazer. Observa que, pelo grau de complexidade dos pacientes, o cliente no período pré-operatório é considerado como cuidados mínimos, porém aponta a necessidade de orientá-lo, às vezes não sendo informado pelos cuidados prestados aos pacientes de cuidados intensivos, afirmando que, clientes de cuidados mínimos e intermediários, quando estão sem</p> | <p><b>Complexidade assistencial e a aplicabilidade da SAE.</b></p> <p>A importância da sistematização é vivenciada ao diagnosticar outras patologias após a realização do exame físico, mas há necessidade de uma conscientização de todos os profissionais, para utilizarmos nosso espaço enquanto Enfermeiras e os auxiliares e técnicos para cumprirem a prescrição de enfermagem. A aplicação da SAE diariamente segue o grau de complexidade do paciente, priorizando os de cuidados intensivos e semi-intensivos, porém há necessidade de melhorarmos nossa conduta profissional para evitarmos que os pacientes de cuidados mínimos e intermediários não sejam tolhidos de uma assistência de enfermagem com qualidade. (V-1).</p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| intercorrências, são prejudicados quanto à assistência de enfermagem.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p><b>Recursos humanos na aplicação da SAE.</b></p> <p>(2) Relata que na Instituição e no dia-a-dia é difícil pela falta de RH, sendo que a enfermeira é única para tudo, ou seja, parte administrativa e assistencial, diz da dificuldade de pedir para as enfermeiras da Supervisão da tarde porque elas ficam com outras enfermarias. Aponta a importância de ter outro profissional Enfermeiro, para dividir as tarefas, notando a diferença com o enfermeiro do PRAT, enfatiza como ponto facilitador termos outra enfermeira com todas as enfermeiras chefes. Cita a dificuldade da falta de pessoal na equipe como auxiliares e técnicos de enfermagem, inclusive para prestar assistência.</p> | <p><b>Recursos humanos na aplicação da SAE.</b></p> <p>A escassez de recursos humanos dificulta a aplicação da SAE diariamente, inclusive porque não se pode contar com as enfermeiras do período da tarde e noturno por elas supervisionarem outras seções. Contudo, a presença de mais uma enfermeira em todas as enfermarias propiciaria uma divisão de trabalho administrativo e assistencial, assim como a sistematização de todos os pacientes independente do grau de complexidade e a qualidade da assistência prestada. (V-2).</p> |
| <p><b>Cotidiano do trabalho da Enfermeira na instrumentalização da SAE.</b></p> <p>Ressalta que, embora haja o impresso para a SAE julga que é precário e não válido para a assistência gerencial, também acredita que o impresso da admissão deva mudar, pois ao realizar a admissão do paciente registra na evolução com o primeiro exame físico, inclusive relatando sobre a úlcera por pressão, afirma ser muito papel, mas julga necessário a montagem e padronização de impressos bons.</p> <p>(4) A enfermeira relata a necessidade de ter treinamento, por termos enfermeiras que copiam prescrição médica, mas enfatiza ser</p>                                                               | <p><b>Cotidiano do trabalho da Enfermeira na instrumentalização da SAE.</b></p> <p>Torna-se difícil padronizar impresso único para todas as enfermarias considerando as especificidades de cada seção, porém as alterações nesses impressos serão importantes para atender as necessidades de cada área. O treinamento para todas as enfermeiras é imprescindível, pois contribuirá para um maior envolvimento da importância da sistematização e do registro das ações, assim como direcionamento</p>                                      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>um treinamento com profissional experiente e com didática e afirma da importância de aprimorarmos conhecimentos com esses cursos e palestras.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>da padronização de avaliação. (V-3, 4).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p><b>Sentimentos da Enfermeira.</b></p> <p>(5) Afirma que, quando examina cria vínculo, mas tem dó de pedir ajuda, triste, relapsa e chateada por não dar conta e refere que, queria voltar toda sua energia para todos os pacientes.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p><b>Sentimentos da Enfermeira.</b></p> <p>A falta de recursos humanos dificulta a sistematização e causa sentimentos de mal estar, obstinação e tristeza, mas ao examinar um paciente são estabelecidos sentimentos de confiança e amizade. (V-5).</p>                                                                                                                                                                                             |
| <p><b>Burocracia e a realização da SAE.</b></p> <p>(6) Afirma que, embora seja muito serviço à parte administrativa não é muito, mas toma muito tempo e com isso está atrasada com relatórios, assume muitas responsabilidades, por não ter como dividir, porém é incisiva ao dizer que, a Instituição mesmo tendo meios de ajudar, não o faz e que há uma cobrança grande, mas não há mudanças mesmo com a visita do COREN-SP. Acredita que, tem como melhorar e solicita que, a Diretoria seja informada para no lugar de cobrança, faça melhorar.</p> | <p><b>Burocracia e a realização da SAE.</b></p> <p>A parte administrativa, na maioria das vezes, fica atrasada pela importância do desempenho e supervisão da assistência, mas acredita-se que, a Instituição tenha meios para contratar recursos humanos, proporcionando um número adequado em cada unidade e a garantia de uma assistência de enfermagem com qualidade e cumprindo o Código de Ética e a Lei do Exercício Profissional. (V-6).</p> |

## 5.2 ANÁLISE NOMOTÉTICA

Analizados ideograficamente os nove depoimentos, procedeu-se uma análise da totalidade destes, o que se denomina de **análise nomotética**. Esta é uma profunda reflexão sobre a estrutura geral do fenômeno, onde afloram as generalidades e apresentam-se os aspectos mais comuns de todos os depoimentos. Constitui-se dos temas, extraídos das unidades de significado interpretadas e reduzidas fenomenologicamente.

Assim, esta análise trata-se da generalidade do fenômeno e buscou desvelar a essência da situação vivenciada pelos enfermeiros do hospital universitário, lócus do estudo, na sua percepção quanto à aplicabilidade da SAE na rotina diária profissional.

Para demonstrar de forma sintética o agrupamento dos temas e os depoimentos pertencentes a cada tema, representados pelos algarismos romanos, recorro ao quadro que será descrito.

### 5.2.1 Agrupamento dos temas interpretados

Neste momento, os temas: ***Cotidiano do trabalho da enfermeira na instrumentalização da SAE, Recursos Humanos na aplicação da SAE, Burocracia e a realização da SAE, Sentimentos da Enfermeira, Complexidade assistencial e a aplicabilidade da SAE*** foram destacados e a interpretação destes, numeradas seqüencialmente (números arábicos) seguidas da referência do depoimento (em algarismo romano) e a unidade de significado originária. Ambos, depoimento e unidade de significado, colocados entre parênteses.

#### **COTIDIANO DO TRABALHO DA ENFERMEIRA NA INSTRUMENTALIZAÇÃO DA SAE**

1. A execução de todas as fases da sistematização é realizada, de forma mais esporádica, pois diante de tantas atividades para desempenhar, apresenta dificuldades para priorizar pelo grau de importância, realizando algumas fases como: a Prescrição e a Evolução de Enfermagem, a supervisão do preparo e administração de medicações, cumprimento da prescrição de enfermagem; além do cumprimento da parte administrativa, visando à qualidade da assistência de enfermagem. (I-2, 4,11).

2. A enfermeira aponta como dificuldade na realização da SAE, numa enfermaria de 20 leitos, a falta de tempo hábil, mas reconhece que, a presença de mais uma profissional auxilia na execução das fases da sistematização, tais como: histórico, exame físico, prescrição e evolução de enfermagem. Observou que, a visão acadêmica prioriza a sistematização, sendo diferente na vida profissional. Embora, notando a importância da sistematização na assistência prestada e na melhora da evolução dos curativos, no momento essa é a sua segunda prioridade, mas sabe que a sistematização é um processo que valoriza o trabalho do enfermeiro. Ressalta que, na sua prescrição de enfermagem, inclui os cuidados citados na prescrição médica. Considera o impresso planejado especificamente para sua enfermaria: muito bom e de fácil visualização. Implantou como estratégia, para o pessoal do noturno checar a prescrição de enfermagem, anotar o aprazamento em vermelho. Diante da dificuldade na execução da SAE, detectou que, os auxiliares e técnicos de enfermagem prestam a assistência, de acordo com a experiência adquirida nos vários anos de trabalho desenvolvidos na mesma enfermaria. (II-1, 3, 5,6).

3. A importância da sistematização como documento da assistência de enfermagem prestada e da valorização do profissional enfermeiro é reconhecida e sobressaltada pela enfermeira, embora tenha sido resistente na implantação, se cobra quando não realiza a evolução de enfermagem, porém aponta dificuldade no cumprimento da SAE, executando de acordo com o grau de complexidade do paciente. Essa prática diária é dividida com os enfermeiros de outros turnos, mas pela dinâmica da sua enfermaria os auxiliares e técnicos de enfermagem raramente checam a prescrição de enfermagem. Afirma não ter realizado nenhuma SAE completa com: histórico, exame físico, prescrição, evolução de ferida e de enfermagem, sendo essa substituída por outras atividades, mas pontua como ideal trabalhar com um enfermeiro assistencial. A enfermeira resume como dificultadores para o cumprimento diário da sistematização na sua enfermaria que há: exames de alta complexidade; uma rotina intensa; em cada período há uma dinâmica para a equipe cumprir. Pretende delegar mais para sua equipe para mudar o comportamento de dependência, há necessidade de um bom planejamento da sua parte em dividir o dia para cumprir assistência e administração, de despertar o envolvimento da classe de Enfermagem para que percebam que oportunidades são



dadas para todos. E diante disso, considerar que a sistematização é o cumprimento da Lei do Exercício Profissional e não uma imposição da Instituição. (III- 1, 2,5).

4. Torna-se difícil padronizar impresso único para todas as enfermarias considerando as especificidades de cada seção, porém as alterações nesses impressos serão importantes para atender as necessidades de cada área. O treinamento para todas as enfermeiras é imprescindível, pois contribuirá para um maior envolvimento da importância da sistematização e do registro de todas as ações, assim como o direcionamento e a padronização de avaliação. (V-3, 4).

5. A relevância da sistematização no contexto profissional é salientada pela enfermeira tanto para cumprimento do papel profissional, como para garantia da qualidade da assistência prestada, porém aponta dificuldades na execução da SAE diariamente, principalmente quanto às fases: histórico, exame físico e diagnóstico de enfermagem, porém a prescrição de enfermagem realizada é checada pelos auxiliares e técnicos de enfermagem. Acredita na falta de envolvimento de todos os profissionais para realização diariamente e em todos os turnos. O fato de assumir as funções: gerencial e assistencial faz com que haja mais dificuldades para aplicação da SAE. A falta de habilidades com NANDA é demonstrada pela dificuldade do levantamento dos diagnósticos de enfermagem, fato que poderia ser resolvido compartilhando e discutindo com outro enfermeiro, conjuntamente com o treinamento para aprimoramento na realização da SAE em todas as suas fases, propiciando maior segurança para sistematização de todos os pacientes. (VI-1,4).

6. A importância da aplicação da SAE em todas as suas etapas é reconhecida como um documento imprescindível para a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada, sendo um registro da atuação profissional do Enfermeiro, direcionando a equipe quanto à conduta a ser tomada. A dificuldade na realização da sistematização para todos os pacientes é relatada, porém torna-se necessário priorizar os pacientes segundo a gradação da complexidade, principalmente pacientes submetidos a cirurgias de médio e grande porte. A gradação da complexidade dos pacientes define a característica da clientela assistida e proporciona subsídios para aquisição de recursos humanos e materiais. Reconhecer que, para realização da instrumentalização da SAE devem-se cumprir as etapas: histórico, exame físico, diagnóstico, gradação de complexidade, prescrição e evolução de enfermagem é de extrema importância para nossa vida profissional,

assim como direciona a uma atuação dinâmica e não mecanicista e a um maior envolvimento com a aplicabilidade desse processo. (VII-1).

7. A importância da aplicação da SAE e o seu valor legal como documento, contendo todas as ações da enfermagem é reconhecida pelos profissionais. Os auxiliares e técnicos de enfermagem reconhecem a importância da prescrição de enfermagem e de checarem, porém usam e checam impresso com cuidados padronizados. Há dificuldades no uso diário dos impressos padronizados de prescrição de enfermagem, exame físico e evolução da úlcera, pela prioridade da assistência aos pacientes de cuidados intensivos e semi-intensivos e pela alta rotatividade dos pacientes. Vivenciam-se inúmeras interrupções durante o registro das ações profissionais, tanto pela parte administrativa como assistencial. Há necessidade de envolvimento das enfermeiras de todos os turnos para que se atinja maior número de pacientes com a sistematização, garantindo a qualidade da assistência de enfermagem prestada. (VIII-1).

8. A importância da sistematização para registrar, coordenar e direcionar os cuidados de enfermagem prestados é reconhecida. Enfatizar a individualidade de cada paciente é imprescindível, porém é necessário priorizar os pacientes segundo seu grau de complexidade, há dificuldade para a aplicação da SAE para todos os pacientes e em todas as etapas, sendo então realizado: gradação da complexidade dos pacientes, o diagnóstico e a prescrição de enfermagem, tornando suas ações com pouco registro, porque a evolução de enfermagem é uma etapa raramente cumprida. Há constante cobrança para que os auxiliares e técnicos de enfermagem chequem a prescrição de enfermagem, porém a ficha admissional é utilizada por todos. Um fator negativo é a possibilidade da realização da prescrição mecanicista, a falta de continuidade da sistematização pelas enfermeiras escaladas nos outros períodos e o desconhecimento da importância da SAE pelo corpo clínico. (IX-1).

9. Para a realização da SAE há necessidade de priorizar o grau de complexidade do paciente, assim torna-se mais verídico e fácil à sistematização de maior número de pacientes, envolvendo os enfermeiros de todos os turnos, além do que numa enfermaria de alta rotatividade de pacientes e esses com cuidados intermediários e autocuidado a aplicação é mais real. Nas Unidades de Terapia Intensiva os papéis de atuação são definidos em assistencial e administrativo, viabilizando uma melhor adequação do profissional, um melhor acompanhamento do paciente e a real aplicação da SAE em todas as fases. (I- 3, 8,10).

10. A enfermeira prioriza os pacientes segundo seu grau de complexidade, para a aplicação da SAE. Os auxiliares e técnicos de enfermagem realizam uma rotina da Instituição usando o impresso implantado no ato da admissão e checando a prescrição de enfermagem. A parte assistencial é muito envolvente e enriquecedora, pois possibilita uma visão holística do paciente, porém há momentos em que essa execução não é registrada por não haver outro Enfermeiro para auxiliar e dar continuidade ao trabalho, porque as enfermeiras escaladas nos períodos da tarde e noturno supervisionam várias enfermarias, mas é notório que com a sistematização garante-se melhor qualidade na assistência prestada, cumprindo a Lei do Exercício Profissional e Código de Ética. (IV-1).

11. A importância da sistematização é vivenciada ao diagnosticar outras patologias após a realização do exame físico, mas há necessidade de uma conscientização de todos os profissionais para utilização do espaço profissional para cumprimento da prescrição de enfermagem. A aplicação da SAE diariamente segue o grau de complexidade do paciente, priorizando os de cuidados intensivos e semi-intensivos, porém há necessidade de melhoria da conduta profissional para evitar-se que os pacientes de cuidados mínimos e intermediários não sejam tolhidos de uma assistência de enfermagem com qualidade. (V-1).

### **RECURSOS HUMANOS NA APLICAÇÃO DA SAE**

12. Observa-se que, pelo número reduzido de profissionais atuantes na parte assistencial, a aplicação da SAE é prejudicada pelo acúmulo de responsabilidades que assumem na supervisão de outras enfermarias, considerando que, as enfermeiras não trabalham em local fixo no período da tarde e noturno. (I-1, 7,9).

13. A falta de recursos humanos, tanto de enfermeiras assistenciais como auxiliares e técnicos de enfermagem, dificulta a realização da sistematização. Mesmo com a autorização de horas extras e contratação observa-se o comprometimento dos profissionais com a enfermaria caracterizada pela ausência de pedidos de transferência. Acredita na contratação de profissionais enfermeiros, assim como no êxito do trabalho compartilhado entre o enfermeiro gerente e assistencial. (II-2).

14. Pontua que o importante não é apenas a contratação de pessoal para reposição do quadro, mas sim o comprometimento dos profissionais. (III-3).

15. Nota-se a importância de um maior número de enfermeiras para compartilhar a parte assistencial e administrativa, possibilitando a sistematização de

todos os pacientes, independente do grau de complexidade, assim como a presença de enfermeiras fixas nos períodos da tarde e noturno, possibilitando a continuidade do trabalho. (IV-3).

16. A escassez de recursos humanos dificulta a aplicação diária da SAE, inclusive porque não se pode contar com as enfermeiras do período da tarde e noturno por elas supervisionarem outras seções, contudo a presença de mais uma enfermeira em todas as enfermarias propiciaria uma divisão de trabalho administrativo e assistencial, assim como a sistematização de todos os pacientes independente do grau de complexidade e a qualidade da assistência prestada. (V-2).

17. O déficit de recursos humanos é vivenciado por todas as categorias profissionais, porém faz-se necessário, enfermeiras assistenciais fixas em todos os turnos para aplicação diária e efetiva da SAE. (VI-3).

18. Devido o déficit de recursos humanos, há dificuldade da permanência da enfermeira assistencial nas 24 horas para o cumprimento da legislação vigente e, por isso, há necessidade de priorizar os pacientes segundo a gradação de complexidade para a aplicação da SAE. Fixar enfermeiros nos períodos da tarde e noturno proporcionaria ao profissional: criar vínculo com os pacientes, maior envolvimento e conhecimento do caso clínico e assim a garantia da qualidade da assistência de enfermagem prestada com a aplicação da sistematização. (VIII-2).

19. Devido o déficit de recursos humanos vivencia-se a dificuldade para a realização e continuidade da sistematização em todas as seções deste hospital, sendo ideal a presença de enfermeira assistencial colaborando com as enfermeiras com cargo gerencial. (IX-2).

### **BUROCRACIA E A REALIZAÇÃO DA SAE**

20. O serviço burocrático é um obstáculo para a enfermeira que assume a parte gerencial, pois são muitos documentos administrativos que poderiam ser delegados para outro profissional e situações, na sua maioria, resolvidas verbalmente que se solicita registro, tempo desviado da assistência e exigido pela Instituição. (I-6).

21. O serviço burocrático é extenso e complicado, embora seja importante a realização anual do planejamento da unidade, o dimensionamento de pessoal, a realização do ADP e o gerenciamento dos recursos materiais. (II-4).

22. Durante a jornada diária de trabalho depara-se com muitas situações conflitantes, como: a constante interrupção durante a elaboração da SAE, a

insatisfação da equipe de enfermagem pela carga horária de 40 horas semanais com escala de seis horas diárias completando com plantões de doze horas, a inviabilização de um impresso único padronizado para todo o hospital, a parte administrativa intensa por participação em reuniões e comissões, o rigor para o cumprimento dos prazos estabelecidos, embora sejam atividades importantes, na maioria das vezes, dificulta a execução da assistência de forma satisfatória. (III - 4).

23. O serviço burocrático é desempenhado pelo Enfermeiro ao assumir a função gerencial, mesmo tendo uma secretária para auxiliá-lo fica sob sua responsabilidade a execução, supervisão, assim como participação em reuniões, cursos, comissões, tempo este extraído da assistência. (IV-2).

24. A parte administrativa, na maioria das vezes, fica atrasada pela importância do desempenho e supervisão da assistência, mas acredita-se que, a Instituição tenha meios para contratar recursos humanos, proporcionando um número adequado em cada unidade e a garantia de uma assistência de enfermagem com qualidade e cumprimento do Código de Ética e a Lei do Exercício Profissional. (V-6).

25. A parte administrativa requer uma dedicação que impede a maior dedicação à assistência, sendo que muitas funções poderiam ser delegadas a outro profissional, assim como a discussão com outro enfermeiro a respeito da assistência de enfermagem prestada e o diagnóstico encontrado, propiciando maior conhecimento técnico científico. (VI-2).

26. O cargo gerencial engloba a parte administrativa e assistencial, sendo necessário que as enfermeiras gerentes solucionem problemas administrativos, o que dificulta a aplicabilidade da SAE, sendo os protocolos institucionais e de Enfermagem ferramentas importantes para padronização da assistência de enfermagem. (VII-2).

27. A administração envolve muitos aspectos a serem solucionados, porém há necessidade de avaliação da atuação profissional para o desempenho satisfatório do cargo gerencial, com a comissão da SAE há uma revisão periódica dos impressos padronizados para envolver todos os profissionais na sua utilização. (VIII-3).

28. A parte administrativa é uma das funções do cargo gerencial que necessita tempo para execução. Para o exercício dessa função o enfermeiro, muitas vezes, a realiza em sua residência, pois, no cotidiano do trabalho as demandas sem

planejamento e ausência da enfermeira assistencial, dificultam o desempenho das atividades propostas.

### **SENTIMENTOS DA ENFERMEIRA**

29. A falta de recursos humanos para compartilhar a assistência causa frustração e insatisfação, pois se tem a consciência do Código de Ética Profissional e do dever não cumprido. (I-5, 12).

30. A manifestação de sentimentos como: admiração pelos profissionais que cumprem a parte administrativa e assistencial, o bem estar quando todas as coisas vão bem, a valorização da equipe, frustração e desmotivação pelo ambiente inadequado estão presentes no processo de trabalho. Há visualização de conflitos entre os profissionais com maior tempo de trabalho na enfermagem e os recém contratados. (II-7).

31. Apontam-se vários sentimentos como: necessidade em melhorar o planejamento; aprender mais sobre liderança; frustração por má gerência; sensação negativa com o desespero da equipe em cumprir a aspectos assistenciais; raiva na interrupção durante a elaboração da sistematização; prazer pela interação e a confiança da equipe; emoção ao reconhecer o valor dos profissionais; sentir-se feliz, mesmo com as dificuldades; gostar do que faz de corpo e alma. (III-6).

32. Observam-se sentimentos de frustração quanto ao trabalho incompleto e de tranquilidade quando compartilha com outros profissionais as tarefas a serem cumpridas, assim como a importância do apoio psicológico aos pacientes, atitude não muito realizada pela maioria dos profissionais da saúde. (IV-4).

33. A falta de recursos humanos dificulta a sistematização e causa sentimentos de mal estar, obstinação e tristeza, mas no exame de um paciente desenvolvem-se sentimentos de confiança e amizade. (V-5).

34. A falta de aplicação da sistematização por déficit de recursos humanos, falta de habilidade na realização das fases da SAE causam sentimentos de angústia, auto cobrança e ansiedade. (VI-5).

35. Há a percepção do dever legal e da responsabilidade com o cumprimento da SAE na vida profissional diária e da necessidade de concentração, planejamento e seriedade para realização e instrumentalização da sistematização. (VII-3).

36. O sentimento vivenciado é de frustração por não atingir todos os pacientes com a sistematização. Sem a documentação o trabalho não aparece e com isso há cobranças pela diretoria. (VIII-4).

37. Os sentimentos vivenciados pela enfermeira são de frustração por não sentir seu trabalho valorizado e reconhecido e por não recordar-se de todos os pacientes, em contrapartida sente-se realizada pela satisfação da assistência prestada e tranquilidade e bem-estar ao compartilhar com outra enfermeira suas atribuições. (IX-3).

### 5.2.2 Quadro Nomotético

Para facilitar a visualização dos temas encontrados e suas convergências, divergências e idiossincrasias foi elaborado um quadro, chamado de **quadro nomotético**, constituído de 10 colunas, sendo que a primeira delas contem os temas desvelados a partir da interpretação dos nove depoimentos.

Nas colunas subsequentes está, em algarismo romano, a representação dos nove depoimentos, de I a IX. A coluna dos temas contem as convergências, representadas pela letra **C**, as divergências pela letra **D**, as idiossincrasias pela letra **I**.

**Quadro 3** - Nomotético: Temas e seus discursos representando as convergências, divergências e idiossincrasias. Botucatu, 2013.

| TEMAS                                                           | DISCURSO |    |     |    |   |    |     |      |    |
|-----------------------------------------------------------------|----------|----|-----|----|---|----|-----|------|----|
|                                                                 | I        | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX |
| <b>Instrumentalização da SAE.</b>                               | I        | I  | I   | C  | C | C  | C   | C    | C  |
| <b>Sentimentos dos profissionais no desenvolvimento da SAE.</b> | C        | C  | C   | C  | C | C  | D   | C    | I  |
| <b>Processo Gerencial e a SAE</b>                               | C        | C  | --  | C  | D | C  | C   | C    | C  |

### 5.3 Análise dos significados desvelados

Buscando compreender o fenômeno na sua interrogação com os profissionais enfermeiros que atuavam como supervisores técnicos de enfermagem que experienciaram a aplicação diária da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) na sua vida profissional, iniciei pela apreensão das ideias gerais desveladas, contidas no agrupamento dos temas encontrados e passei a analisá-los de maneira reflexiva.

Destarte a tematização surgiu do agrupamento das unidades de significados, evidenciando três categorias temáticas: **INSTRUMENTALIZAÇÃO DA SAE, SENTIMENTOS DOS PROFISSIONAIS NO DESENVOLVIMENTO DA SAE E O PROCESSO GERENCIAL E A SAE.**

No intuito de demonstrar a análise nomotética, construiu-se um quadro de temas, sub-temas e unidades de significado com fim didático, pois durante a discussão das temáticas estes resultados serão evidenciados para melhor identificação do conteúdo apresentado.



**Quadro 4** – Quadro de síntese dos temas, sub-temas e unidades de significado revelados nos discursos dos sujeitos. Botucatu, 2013.

| TEMAS                                                    | Sub-temas         | Unidades de significado                                                                |
|----------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| INSTRUMENTALIZAÇÃO DA SAE                                | Etapas da SAE     | <i>Coleta de Dados</i>                                                                 |
|                                                          |                   | <i>Diagnóstico de Enfermagem</i>                                                       |
|                                                          |                   | <i>Planejamento de Enfermagem</i>                                                      |
|                                                          |                   | <i>Implementação</i>                                                                   |
|                                                          |                   | <i>Avaliação de Enfermagem</i>                                                         |
|                                                          |                   | <i>Registro formal</i>                                                                 |
|                                                          |                   | <i>Gradação da complexidade assistencial</i>                                           |
|                                                          |                   | <i>Impresso</i>                                                                        |
|                                                          | Fortalezas da SAE | <i>Importância da implantação e realização da SAE</i>                                  |
|                                                          |                   | <i>Importância da valorização e reconhecimento dos membros da equipe de enfermagem</i> |
|                                                          |                   | <i>Falta de participação</i>                                                           |
|                                                          |                   | <i>Interação entre assistência e docência</i>                                          |
|                                                          |                   | <i>Impresso</i>                                                                        |
|                                                          | Desafios da SAE   | <i>Questão cultural</i>                                                                |
|                                                          |                   | <i>Resistência</i>                                                                     |
|                                                          |                   | <i>Modelo biomédico</i>                                                                |
|                                                          |                   | <i>Particularidade de cada serviço</i>                                                 |
|                                                          |                   | <i>Alta rotatividade de pacientes</i>                                                  |
|                                                          |                   | <i>Inadequação da planta física</i>                                                    |
|                                                          |                   | <i>Falta de tempo</i>                                                                  |
|                                                          |                   | <i>Falta de treinamento e capacitação</i>                                              |
|                                                          |                   | <i>Déficit de recursos humanos</i>                                                     |
|                                                          |                   | <i>Rotatividade de enfermeiros</i>                                                     |
|                                                          |                   | <i>Interrupção durante a operacionalização da SAE.</i>                                 |
| SENTIMENTOS DOS PROFISSIONAIS NO DESENVOLVIMENTO DA SAE. |                   |                                                                                        |
| PROCESSO GERENCIAL E A SAE.                              |                   |                                                                                        |

Para melhor compreensão o tema **INSTRUMENTALIZAÇÃO DA SAE** será apresentado contendo três subtemas: **Etapas da SAE**; **Fortalezas da SAE** e **Desafios da SAE**.

Assim para o diagrama abaixo (Diagrama 1) apresenta o primeiro subtema **Etapas da SAE** e as unidades de significado que emergiram dos discursos.

**Diagrama 1:** Subtema Etapas da SAE e as unidades de significado. Botucatu, 2013.



No subtema **Etapas da SAE** explicita-se que a primeira etapa é a **Coleta de Dados** que propicia a criação de elo de confiança e amizade entre o paciente e o enfermeiro. Nesse momento o enfermeiro se utiliza de duas ferramentas importantes que darão suporte para avaliação, aproximação e interação com o paciente que são: a entrevista e o exame físico.

Na entrevista é possível conhecer os hábitos de vida, patologias hereditárias e adquiridas, medicações utilizadas, alergias, tratamentos clínicos e intervenções cirúrgicas realizadas, conhecimento e aderência ao tratamento, espiritualidade, escolaridade, dentre outros aspectos. Na entrevista é importante proporcionar tranquilidade, respeito e sinceridade, permitindo o paciente expressar de forma natural e espontânea seus medos, inseguranças para assim, estabelecer o elo de confiança com o profissional.

Com o exame físico associamos os resultados de exames complementares, radiológicos, laboratoriais e os registros da equipe interdisciplinar contidas no seu

prontuário, contudo para o sucesso da coleta de dados devemos respeitar seu estado físico e emocional.

Para Tannure e Pinheiro (2013) a entrevista e o exame físico e o prontuário e resultados de exames nos auxiliam quanto aos dados diretos e indiretos, respectivamente. Enquanto que separar os dados objetivos (o que é observado) e subjetivos (o que é relatado) nos direciona quanto ao raciocínio clínico.

Fugulin et al. (1994); Cianciarullo et al. (2001); Bittar, Pereira e Lemos (2006); Almeida e Lucena (2011) e Tannure e Pinheiro (2013) descrevem que ao levantarmos, organizarmos e registrarmos os dados, conhecemos o paciente na sua totalidade, direcionamos a assistência de forma individualizada, com julgamentos e sem duplicidade de informações. Assegurando assim a continuidade assistencial norteada pela teoria adotada.

No Brasil, o exame físico foi introduzido pela Enfermeira Professora Dra. Wanda de Aguiar Horta por volta de 1965, tinha a denominação de anamnese de enfermagem e pela correlação com a anamnese médica, adotou-se o nome de Histórico de Enfermagem (CIANCIARULLO, 1976).

Embora essa etapa seja importante e contribua para evitarmos erros com a prestação de cuidados e tratamentos sem investigarmos suas causas e condições, nota-se que os pesquisados não a adotaram na sua prática diária, como foi transcrito abaixo:

*(...) às vezes eu faço o exame físico só de olhar, mas não registro (...) histórico eu não faço de nenhum paciente (...) (III-1).*

*(...) exame físico eu não consigo fazer (...) (VIII-1).*

Concordo com Gaidzinski et al. (2008) quando descreveram que a falta da coleta de dados pode contribuir para decisões inapropriadas para as reais necessidades de cuidados e interferir nas melhores intervenções para alcançarmos os resultados esperados, porque não consideramos o paciente na sua complexidade.

Salomé, Martins e Espósito (2009) demonstram que na relação entre o enfermeiro e o paciente há um processo contínuo de sentimentos, preocupações imprescindíveis para o verdadeiro ato de cuidar, questão essa demonstrada pela fala abaixo transcrita:

*(...) examino eu crio vínculo (...) (V-5).*

Corroborando Christensen e Kenney (1995); Cianciarullo et al. (2001) e Gaidzinski et al. (2008) referem que para interação enfermeiro – paciente, a empatia e confiança são importantes e devemos demonstrar interesse, disponibilidade e habilidades, inclusive nessa etapa deve conter a data e os dados de identificação do enfermeiro responsável pela sua execução e estar claro e concisos todos os problemas levantados e a intervenção decidida, favorecendo avaliação do resultado da sua prescrição.

Concordo com Cianciarullo et al. (2001); Bittar, Pereira e Lemos (2006); Remizoski, Rocha e Vall (2010) e Almeida e Lucena (2011) que a coleta de dados garante assistência individualizada e humanizada, previne complicações, depende de plano estratégico, envolvimento e comprometimento do enfermeiro para sua realização, porque norteará os cuidados da admissão à alta hospitalar, incluindo sua responsabilidade sob as ações cuidativas e devendo ser realizada a cada internação do paciente.

Todas as informações levantadas deverão ser registradas pelo enfermeiro para direcionar a assistência individual a ser prestada e atingir os resultados desejados.

Para Neves e Shimizu (2010) e Tannure e Pinheiro (2013) as falhas na aplicação dessa fase do processo impossibilitam conhecer os hábitos individuais do cliente na sua integralidade e individualidade, dificultando o tratamento nos aspectos bio-psico-sócio-espirituais, acarretando em inadequações das próximas etapas e podendo comprometer a saúde do paciente.

Na minha avaliação a pouca adesão dessa fase da SAE na vida diária dos sujeitos da pesquisa está vinculada a implantação desse instrumento metodológico sem o envolvimento e participação de todos os membros da equipe de enfermagem.

Durante a implantação da SAE ficou estabelecido pelas gerentes de enfermagem, que a coleta de dados deveria ser realizada para todos os pacientes dentro de setenta e duas horas do momento da internação, incluindo a avaliação de riscos que contemplava: alteração do estado mental e o risco de: queda, flebite pelo uso de cateter venoso periférico e de úlcera por pressão.

Entretanto, vivenciamos as dificuldades para cumprirmos tal orientação, principalmente quando esse paciente era admitido no final de semana ou feriado, pelo número reduzido de enfermeiros plantonistas, fato comprovado pela fala textualmente copiada:

(...) *O histórico a gente não consegue fazer até 72 horas da internação (...)* (VIII-1).

A segunda fase é o **Diagnóstico de Enfermagem**, definido por Carpenito-Moyet (2008); NANDA-I (2010); Almeida e Lucena (2011) e Tannure e Pinheiro (2013) por constituir a base para a seleção das intervenções de enfermagem para alcançar os resultados desejados, por meio de julgamento clínico das respostas humanas a problemas de saúde, envolvendo pensamento crítico, tomada de decisão e raciocínio dedutivo e indutivo ao interpretar os dados coletados pelo qual o enfermeiro é responsável.

Para Gaidzinski et al. (2008, p.76) “fazer um diagnóstico de enfermagem é realizar um julgamento considerando condições alternativas como focos para os cuidados a serem planejados e realizados.”

Almeida e Lucena (2011) tratam essa etapa como um processo porque engloba análise e síntese dos dados coletados e um produto porque seu enunciado parte da taxonomia existente.

Corroborando Abrão, Gutiérrez e Marin (1997) e Neves e Shimizu (2010) referem que o diagnóstico de enfermagem é o resultado do exame físico emocional do paciente, onde o enfermeiro identifica sinais e sintomas que caracteriza seu problema de saúde, não podendo ser uma fase isolada de todo processo, pois direciona a ação de enfermagem para resolução ou intervenção.

Essa etapa é demorada e difícil porque requer do enfermeiro conhecimento científico e habilidade para: identificar as necessidades de cuidados, estabelecer os resultados desejados e descrever fatores relacionados ou de risco e as características definidoras após definir o diagnóstico.

Para Tannure e Pinheiro (2013, p.53) “identificados e reconhecidos os sinais atuais ou de risco do paciente, o enfermeiro deverá interpretá-los e agrupá-los, descrever o fator relacionado e determinar o título diagnóstico que melhor retrate esse agrupamento.”

O enfermeiro precisa ter prática para manusear o livro de classificações de termos de enfermagem por ele/Instituição adotados. Dentre as mais conhecidas estão às taxonomias da NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association International, NIC (Nursing Intervention Classification) e NOC (Nursing Outcomes Classification).

Em 1989, no Congresso Internacional de Enfermagem foi aprovada a proposta de desenvolver o Sistema de Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE®) que é um sistema de informações que classifica fenômenos, ações e resultados de enfermagem, estabelecendo linguagem padronizada, propiciando dados reais para pesquisa, assistência, ensino e descrevendo as necessidades da pessoa, intervenções e resultados dos cuidados de enfermagem, sendo considerada um marco unificador dos diversos sistemas de classificação em enfermagem como descrevem Truppel et al. (2009) e Garcia e Nóbrega (2009).

Segundo o ICN (2005); Garcia e Nóbrega (2009) a elaboração de perfil diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem para uma clientela definida seria catálogos CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) que facilitaria o acesso para a documentação, gestão e previsão dos cuidados de enfermagem, entre outros fatores favoráveis que podem sustentar a tomada de decisão, garantindo a qualidade assistencial, apoiando e melhorando a prática clínica, o processo de tomada de decisão, a pesquisa e a formação profissional.

Nessa fase o enfermeiro analisa e sintetiza os dados clínicos levantados, tomando decisões e direcionando a assistência, portanto é imprescindível a atualização, conhecimento técnico-científico, habilidade e reflexão para evitar julgamento clínico errôneo.

Concordo que a implantação de uma lista contendo os Diagnósticos de Enfermagem mais comumente identificados em determinada unidade e respeitando suas particularidades, facilitaria e motivaria os sujeitos dessa pesquisa na adoção dessa fase na sua rotina diária, experiência essa adotada no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) com resultado satisfatório, uma vez que possibilitaria a familiaridade dos diagnósticos e sensibilidade para atender as necessidades do cliente (GAIDZINSKI et al., 2008; GARCIA, NÓBREGA, 2009).

Discordo de Cunha e Barros (2005), quando apontam que a criação dessa lista pode limitar e desmotivar os enfermeiros a buscar outros diagnósticos, pois conforme destacado por Almeida e Lucena (2011) compete ao enfermeiro revisar e alterar os diagnósticos diariamente, de acordo com a evolução das condições do paciente.

Tannure e Pinheiro (2013, p.53) expressam que essa etapa “requer do enfermeiro conhecimento técnico científico atualizado, pensamento crítico ao

interpretar os dados coletados, para assumir a responsabilidade pelo cuidado que está propondo por meio da prescrição de enfermagem.”

Os sujeitos dessa pesquisa explicitaram à dificuldade na realização dessa fase da SAE, como abaixo transcrito:

*(...) diagnóstico eu também não faço, tenho dificuldade (...) naquela folha do SAE (...) tem diagnóstico (...) pela incerteza ou dúvida não faço (...) (VI-1,4).*

*(...) Quando eu faço, eu faço a avaliação do paciente, o diagnóstico (...) nem sempre eu faço (...) (IX-1).*

Por participar do quadro de enfermeiros no cenário e na época da pesquisa, explico que havia no impresso padronizado da SAE alguns diagnósticos de enfermagem mais frequentes, que deveríamos complementar com os fatores relacionados ou de risco e as características definidoras, incluindo as intervenções específicas. Os participantes da pesquisa referiram a dificuldade para identificar e definir esses diagnósticos.

Acredito que essa dificuldade poderia ter sido superada com algumas estratégias como as que seguem: a) antes da implantação da SAE discussão coletiva para a escolha da teoria, elaboração do impresso, envolvimento e conhecimento de todo processo e posterior apresentação desde a teoria adotada ao impresso aprimorado, além de reflexões dos aspectos éticos e legais para cada categoria profissional da Enfermagem e melhor familiarização do conteúdo; b) reunião científica com cronogramas definidos de datas, horário, local e tema a ser discutido; c) envolvimento e incentivo por parte dos gestores; d) mudança organizacional (CARVALHO et al., 2007; GAIDZINSKI et al., 2008; FÉLIX, RODRIGUES, OLIVEIRA, 2009; MANGUEIRA et al., 2012).

Destaco a experiência vivida por um sujeito da pesquisa e abaixo transcrita:

*(...) nós chegamos a diagnosticar (...) outras patologias fora daquelas que o paciente estava internado (...) nós diagnosticamos tumor de mama, tumores abdominais (...) eu vi o quanto é importante, a partir do momento que eu comecei a diagnosticar coisas (...) e que foi diagnosticado através do exame físico da enfermagem, porque nem do médico (...) foi diagnosticado (...) fazendo a sistematização (...) (V-1).*

Diante dessa colocação, fica claro a importância da aplicação da SAE em todas suas fases, da autonomia, cientificidade, atualização e aprimoramento profissional e da adoção das classificações dos termos de enfermagem CIPE,

NANDA-I, NIC e NOC para subsidiar e nortear as tomadas de decisões e no raciocínio crítico para julgamento clínico e destacar a atuação do enfermeiro.

O **Planejamento de Enfermagem** é a terceira fase da SAE, é o momento que determinamos as intervenções de enfermagem a serem realizadas perante os dados coletados e identificados nas etapas anteriores, confirmamos todas as informações, contamos com a colaboração do paciente ou familiar para resolvermos seu problema e explicamos o cuidado prestado, envolvendo-os na ação cuidativa.

Marquis e Huston (2010, p.182) destacam que o planejamento é essencial na vida profissional do enfermeiro, sendo importante reavaliá-lo e definem que todo *“plano é um guia de ação para alcançarmos uma meta.”*

Todavia é importante a divulgação do plano de cuidados para o paciente, membros da equipe de enfermagem e demais profissionais, para promovermos a continuidade da assistência e a satisfação de toda equipe como descrevem Pivotto, Lunardi Filho e Lunardi (2004); McCloskey e Bulechek (2004) e Ramos, Carvalho e Canini (2009).

O CEPE aprovado pela Resolução COFEN nº 311/2007 contempla ser responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem garantir e assegurar a continuidade da assistência de enfermagem livre de danos e prestar informações acerca da assistência de enfermagem, respeitando o direito da pessoa de decidir sobre sua vida (COFEN, 2007).

Destarte nessa etapa nós enfermeiros estamos com os diagnósticos definidos, conforme as necessidades do paciente e selecionamos as intervenções que corresponderão aos resultados que desejamos alcançar, então estabelecemos estratégias com objetivo de prevenir, minimizar ou corrigir os problemas levantados.

Para Tannure e Pinheiro (2013) com o planejamento priorizamos junto com a equipe de enfermagem, os diagnósticos estabelecidos e definimos o prazo para o atendimento de imediato, médio e longo prazo.

Nessa fase os enfermeiros contam com suas listas imaginárias, com terminologias padronizadas para definir os possíveis diagnósticos, intervenções e resultados que planejarão para o paciente pelo período de vinte e quatro horas (GAIDZINSKI et al., 2008).

Dessa forma quebramos a característica imediatista da profissão, pois planejamos para um período de vinte e quatro horas e ao planejarmos podemos superar nossas deficiências.



Além disso, os enfermeiros devem ter em mente que a necessidade do planejamento do cuidado a ser prestado está vinculada com o maior número de necessidades levantadas na fase da coleta de dados (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006).

Para Almeida e Lucena (2011) e Silva et al. (2011) o planejamento das ações assistenciais norteia o enfermeiro e demonstra sua responsabilidade com o cliente, enquanto gerenciador de recursos humanos, nas tomadas de decisões fundamentadas nas etapas anteriores. Salientam ainda, a importância do envolvimento da instituição e adequadas condições de trabalho, estabelecendo o aprazamento dos cuidados prescritos e a frequência.

Além disso, está previsto na Lei nº7.497/1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/1987 como ação privativa do enfermeiro, em seu art.11, *alínea “j”*: “*prescrição da assistência de enfermagem*” (BRASIL, 1986; 1987).

A utilização da NIC nessa etapa garante a padronização das intervenções pelos profissionais de Enfermagem, a integração de dados em sistemas de informação, avaliação de competências, segurança do paciente, entre outras vantagens e estão relacionadas aos diagnósticos da Taxonomia da NANDA-I e aos resultados da NOC (MCCLOSKEY; BULECHECK, 2004).

Concordo com Bulechek, Butcher e Dochterman (2010) e Lucena e Almeida (2010) que o enfermeiro ao buscar uma intervenção na NIC, deve ter definido um diagnóstico de enfermagem e os resultados que deseja obter, essa ação garante a qualidade da ação cuidativa que está sob a sua responsabilidade, conforme previsto em lei e no CEPE, aprovado pela Resolução COFEN nº 311/2007.

Para Almeida et al. (2011, p. 30) “a NIC contempla aspectos fisiológicos e psicossociais do ser humano, incluindo tratamento, prevenção e promoção da saúde” e salientam a importância do enfermeiro ter conhecimento científico, habilidades psicomotoras e interpessoais para a realização das intervenções relacionando-as com os resultados que se deseja.

Assim, a NOC é a padronização dos resultados obtidos pelos pacientes e compete ao enfermeiro definir quais são os resultados apresentados pelo paciente, mais sensíveis ao cuidado de enfermagem, considerando que os resultados esperados definirão se as prescrições de enfermagem foram eficazes. Esses devem estar centrados no paciente, descritos de forma clara e apresentar um prazo de tempo para o problema ser resolvido ou minimizado, de acordo com o período de

internação (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993; ALFARO-LEFEVRE, 2005; ALMEIDA et al., 2011; TANNURE; PINHEIRO, 2013).

Para Horta (1979); Cianciarullo et al. (2001) e Amante, Rossetto e Schneider (2009) essa fase do Processo de Enfermagem proporciona aos enfermeiros demonstrar sua experiência e capacidade de escolha para prescrever cuidado direcionado e humanizado, visando solucionar os problemas levantados. Devemos estar atentos aos pacientes quanto sua compreensão da assistência que será prestada e respeitar seus limites para o autocuidado, contribuindo para sua recuperação.

Corroborando Oliveira, Paula e Freitas (2007) descrevem que é necessário domínio, preparo, constante aprimoramento pessoal e competência para os enfermeiros desenvolverem a SAE.

Tannure e Pinheiro (2013, p.85) explicitam que: “para cada diagnóstico de enfermagem deverá haver um resultado esperado, ou seja, para cada problema detectado espera-se algo para aquele paciente.”

A realidade vivida pelos sujeitos da pesquisa referente a essa etapa de planejamento é demonstrada, na transcrição abaixo:

*(...) eu procuro fazer todo dia a prescrição de enfermagem (...) (VI-1)*

*(...) já faz parte da minha rotina (...) faço diariamente: a prescrição e a evolução dos pacientes (...) (VII-1).*

Os enfermeiros precisam estar alerta para essa fase não contemplar rotinas preexistentes, cuidados do domínio dos profissionais de Enfermagem, ações de curto intervalo de tempo, descaracterizando domínio do conhecimento técnico científico, como apontado por Cunha e Barros (2005); Gaidzinski et al. (2008) e Cruz e Almeida (2010).

Observo que, embora os enfermeiros pesquisados explicitem seu compromisso com a realização da prescrição de enfermagem, não demonstram utilizar nenhuma das classificações existentes como CIPE, NANDA-I, NIC e NOC.

Concordo com Gaidzinski et al. (2008) e Lucena e Almeida (2010) quando referem que após os enfermeiros identificarem um diagnóstico baseado na NANDA-I, devem planejar os cuidados, escolhendo os resultados que desejam alcançar da NOC e definirem as ações pela NIC e finalmente devem retornar a NOC para avaliarem os resultados obtidos, pois devemos considerar um contínuo pensamento de “perguntas-respostas-perguntas.”

Contudo, nota-se que isso não é adotado de maneira unânime pelos sujeitos da pesquisa, como demonstra a transcrição abaixo:

*A prescrição (...) difícil realizar para todos os pacientes diariamente (...) tranquilamente se evolui (...) (V-1).*

Diante dessa explanação, concordo com Cianciarullo et al. (2001) e Neves e Shimizu (2010) que a prescrição deverá ser realimentada continuamente, uma vez que o exame físico é realizado diariamente e o enfermeiro deverá estar investigando constantemente as respostas do paciente que pode apresentar alterações, considerando sua característica humana e imprevisível.

Dessa maneira, a prescrição deverá ser revisada e atualizada a cada vinte e quatro horas, para nos direcionarmos na satisfação das necessidades do paciente, conter o aprazamento desses cuidados prescritos, com assinatura, categoria profissional, número de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem e o carimbo do enfermeiro responsável pela elaboração (LUNARDI FILHO, 1997; CIANCARULLO et al., 2001; COFEN, 2007).

Enquanto para Gaidzinski et al. (2008) com a distribuição das etapas prescrição e evolução de enfermagem entre os enfermeiros de cada turno, garantimos a operacionalização da SAE, direcionando para as falas extraídas dos discursos dos sujeitos da pesquisa:

*(...) poderia dividir (...) manhã, tarde e noturno, aí daria certo (...) (I- 3)*

*(...) a prescrição de enfermagem é realizada pelo enfermeiro do noturno ou do plantão da tarde (...) (III- 1)*

Concordo com Cianciarullo et al. (2001); Gaidzinski et al. (2008); Neves e Shimizu (2010) e Cruz e Almeida (2010) ao descreverem que, quando o enfermeiro reconhece a prescrição de enfermagem como uma ferramenta dinâmica e interativa, evita que seja interpretada como rotina preestabelecida, com cuidados inadequados à realidade do cliente ou realizada semanalmente, porque essas ações contribuem para a mecanização dessa etapa e conseqüentemente para a descaracterização do processo, que é dinâmico, uma vez que decidimos sobre os diagnósticos conforme as necessidades de cuidados dos pacientes, sobre os resultados que almejamos e sobre as melhores intervenções.

Fato esse reconhecido e apontado pelos sujeitos da pesquisa:

*(...) não faria uma coisa mecânica (...) (VII-1).*

*(...) a não ser que você faça aquela prescrição mecânica (...) (IX-1).*

Essa preocupação com a prática da SAE de maneira mecânica, rotineira, inconsistente e para cumprimento de formalidades, foi considerada como fator desfavorável por Nascimento et al. (2008).

Por outro lado, podemos observar que, os sujeitos da pesquisa vivenciaram a realidade na rotina diária profissional da prática da SAE sumarizada, contemplando algumas etapas, experiência semelhante à descrita por Cianciarullo et al. (2001).

*(...) já faz parte da minha rotina (...) faço diariamente: a prescrição e a evolução dos pacientes (...) (VII-1).*

Vale destacar que um elemento importante a ser destacado e mencionado pelos participantes, foi o envolvimento de todos os membros da equipe de enfermagem.

Ramos, Carvalho e Canini (2009) e Cruz e Almeida (2010) destacam que a participação dos auxiliares e técnicos refletirá as reais necessidades dos pacientes e os motivará para cumprir o planejamento de cuidados e a prescrição realizada pelo enfermeiro, uma vez que as ações realizadas seguem uma lógica para atender as necessidades prioritárias do paciente.

A interação do enfermeiro com sua equipe e paciente tem influência positiva nas relações profissionais. Além disso, a participação de paciente e profissional fará com que observem que são protagonistas desse processo (RAMOS; CARVALHO; CANINI, 2009; CRUZ; ALMEIDA, 2010).

Concordo com Gonçalves et al. (2007) quando descrevem que a operacionalização da SAE beneficia a relação entre todos os profissionais envolvidos com o cuidado, aumentando nosso compromisso e responsabilidade com o cliente e a assistência.

Outro ponto importante compreende a Classificação de Intervenções de Enfermagem, divididas em atividades-padrão, atividades-padrão específicas, atividades prioritárias e opcionais, conforme citam McCloskey e Bulechek (2004).

Destaca-se que em nosso cotidiano utilizávamos impressos contendo as intervenções que faziam parte da rotina institucional, pois eram consideradas essenciais para todos os pacientes. Por outro lado, as intervenções prioritárias compatíveis com os diagnósticos pré estabelecidos frequentes nas nossas unidades de internação e as opcionais, acrescentávamos de acordo com o novo diagnóstico definido, experiência essa semelhante ao relatado por Gaidzinski et al. (2008).

Para Cruz e Almeida (2010) quando nós enfermeiros prescrevemos ações rotineiras, contribuímos para que nossa equipe desvalorize, desrespeite e não leia nossa prescrição de enfermagem, por perceberem ações não condizentes com a real necessidade do paciente.

A prescrição de enfermagem não atualizada diariamente, contendo intervenções do domínio dos membros da equipe, com pouca fundamentação científica e a falta de familiaridade e conhecimento do processo, pode ter provocado a baixa adesão e envolvimento desses e o não cumprimento da mesma no cenário da presente pesquisa.

Para Amante, Rossetto e Schneider (2009) e Cruz e Almeida (2010) o cumprimento da SAE pelos membros da equipe é consequência da forma como o enfermeiro os envolve e conduz para a formação de uma equipe mais crítica e reflexiva, inclusive definindo os papéis e responsabilidades de cada um, para efetivação da sistematização, uma vez que, tanto auxiliares como técnicos de enfermagem contribuem com informações para o planejamento da assistência.

A quarta etapa da SAE, a **Implementação** é subsidiada pela realização da coleta de dados, definição do diagnóstico de enfermagem e planejamento das intervenções, ou seja, um roteiro a ser seguido, que deve contar com a participação e envolvimento do paciente e profissionais de enfermagem, respeitando sua individualidade e integralidade e colocando em prática o Planejamento de Enfermagem.

Haynes e Haines (1998) e Alfaro-LeFevre (2005), apontam a importância da autonomia e flexibilidade do enfermeiro na tomada de decisões, em respeitar valores, decisões e opiniões do paciente, para assim realizar o plano de enfermagem e a prescrição de cuidados de maneira a atender às necessidades individuais do cliente na recuperação da sua saúde. Destacando que o enfermeiro deverá monitorar e estar atento a todas as respostas do paciente por ser humano e imprevisível.

Aponto minha experiência, quando inúmeras vezes durante a fase do planejamento, os membros da equipe comentavam suas observações e relatos dos pacientes, fato vivenciado de forma positiva para assistência de enfermagem individualizada e humanizada.

Contrapondo-se a isso, a experiência vivida pelos integrantes da pesquisa, é demonstrada, conforme transcrição:

*(...) a pessoa não leu a prescrição, ela simplesmente deu os cuidados, porque faz vinte anos que ela trabalha aqui e ela sabe o que tem que fazer (...) (II-1).*

*(...) nem sempre é checada pelo auxiliar ou técnico de enfermagem (...) (III-1).*

Tal fato também foi abordado por Cruz e Almeida (2010), deixando claro para o enfermeiro que a falta de participação dos auxiliares e técnicos de enfermagem pode dificultar a supervisão, orientação e avaliação das ações de sua equipe, além de interpretá-la meramente como uma rotina e criar práticas desvinculadas do seu planejamento, contradizendo o referencial da SAE.

Corroborando, Carvalho et al. (2007); Nascimento et al. (2008); Cruz e Almeida (2010) e Manguiera et al. (2012) relatam a formação deficitária dos profissionais de enfermagem em relação ao Processo de Enfermagem e sua operacionalização, a falta de conhecimento em relação a importância da participação de todos da equipe de enfermagem e da necessidade de articulação entre a formação profissional e a prática.

Woolf et al. (1999); Feder et al. (1999) e Ciliska, Cullum e Marks (2001) apontam a importância da nossa fundamentação científica para fortalecimento da prática baseada em evidências e a mudança de comportamento dos profissionais da nossa equipe, ao observar que, esses se utilizam da percepção ou prática diária para a prestação de cuidados sem embasamento e conhecimento técnico científico, situação essa gerada pela falta de envolvimento desses no processo.

Para Freitas et al. (2011) a baixa adesão da sistematização pelos profissionais de enfermagem pode ser entendida pela pouca ênfase quanto a legislação vigente e Resolução COFEN nº 358/2009 nas instituições de ensino, principalmente nas escolas técnicas e também a falta de atualização dos profissionais pela educação permanente nas instituições de saúde.

Contradizendo as experiências relatadas, temos enfermeiros, sujeitos da pesquisa, que demonstram vivenciarem outra realidade, como abaixo transcrito:

*(...) eles checam tudo (...) (VI-1).*

*(...) o funcionário agora está acostumado a checar, eles estão vendo a importância, que tem que checar tudo que faz (...) antes eles viam e não checavam (...) (VIII-1).*

O reconhecimento e envolvimento dos profissionais diretamente vinculados à prática assistencial quanto à operacionalização do processo reverterão em benefícios à saúde dos pacientes, inclusive as prescrições de enfermagem

realizadas pelo enfermeiro devem causar impacto na assistência e despertar interesse dos profissionais de enfermagem para ler e realizar as intervenções prescritas. Uma vez que os cuidados prescritos relacionam-se as complicações fisiológicas detectadas (CARPENITO-MOYET, 2008; MANGUEIRA et al. 2012; TANNURE; PINHEIRO, 2013).

Para McCloskey e Bulecchek (2004) a NIC tem como objetivo a padronização da linguagem usada na descrição dos cuidados a serem realizados ao paciente, enquanto Tannure e Pinheiro (2013) destacam que a utilização dessa classificação favorece a elaboração de pesquisas e protocolos e a NOC tem como propósito verificar as mudanças ocorridas nas condições de saúde do paciente, família e comunidade com as intervenções de enfermagem prescritas e realizadas.

A etapa **Avaliação de Enfermagem** é considerada um processo deliberado, sistemático e contínuo das respostas do paciente aos cuidados prescritos, informando se as intervenções realizadas alcançaram o resultado esperado; orientando o planejamento da assistência a ser prestada com a necessidade de mudanças ou manutenção da prescrição de enfermagem anterior. Portanto, são de responsabilidade do enfermeiro a revisão e atualização dos diagnósticos, resultados esperados e das prescrições de enfermagem e deve ser registrada diariamente, com a participação de todos os membros da equipe de enfermagem (HORTA, 1979; CIANCIARULLO et al., 2001; GAIDZINSKI et al., 2008; CARPENITO-MOYET, 2008; COFEN, 2009; ALMEIDA et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2012; TANNURE, PINHEIRO, 2013).

Nota-se que os sujeitos da pesquisa assumem a realização dessa etapa, como transcrito:

*(...) faço diariamente: a prescrição e a evolução dos pacientes (...) (VIII-1).*

Para efetuarmos essa etapa devemos estar atentos para obter informações precisas tanto pelo paciente, família quanto pelos demais profissionais de enfermagem, uma vez que estaremos registrando de forma reflexiva, clara e objetiva as respostas do paciente à assistência planejada e realizada, demonstrando que todas as fases interagem, outrossim, podemos avaliar a qualidade do nosso cuidar e a satisfação do cliente.

Para Alfaro-LeFevre (2005) e Tannure e Pinheiro (2013) a avaliação criteriosa dos cuidados prestados é importante para evitarmos erros e garantir assistência segura e eficiente, além do que, ao utilizar a taxonomia de resultados, há

possibilidade para os enfermeiros estudarem e compararem os resultados das ações realizadas, buscando a melhora da qualidade assistencial.

Dentro do subtema, **Etapas da SAE**, considerei importante destacar a Resolução COFEN nº 358/2009, no seu Art. 6º “a execução do Processo de Enfermagem **registrada formalmente**, envolve: *resumo dos dados coletados; diagnósticos de enfermagem; intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos; resultados alcançados como consequência das ações realizadas.*”

As anotações dos profissionais de enfermagem são importantes pelo suporte legal, judicial e administrativo, uma vez que registramos apenas o que realmente realizamos e assim, evitamos implicações éticas, cíveis e criminais, além do que garantem a qualidade da assistência de enfermagem, o controle dos gastos, diminuição do tempo de internação e a comunicação interdisciplinar (McCUE; MARK; HARLESS, 2003; PIVOTTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004; SILVA et al., 2012).

O acima exposto, vem ao encontro das falas abaixo transcritas dos sujeitos dessa pesquisa, que reconhecem a importância do registro:

*(...) acho a SAE muito importante (...) eu escrevo (...) tudo certinho (...) (IV-1).*

*(...) SAE (...) importante fazer (...) é um documento (...) ajuda bastante no nosso dia-a-dia (...) parece que você não faz se você só falar, tem que estar documentado (...) (VIII-1).*

Oliveira et al. (2012) referem que devemos reconhecer que a documentação de toda assistência prestada, das intervenções e resultados obtidos, promove o reconhecimento profissional, estimula a cientificidade da Enfermagem e cumpre-se a legislação vigente.

A documentação das ações de enfermagem deve ser desenvolvida de maneira otimizada e estar no prontuário do paciente, com objetivo de: fornecer suporte às decisões do enfermeiro, evidenciar e valorizar seu conhecimento científico, proporcionar visibilidade profissional, avaliar e garantir a continuidade da assistência prestada, partilhar informações e estreitar laços com equipe interdisciplinar, possibilitar o reconhecimento profissional, produzir indicadores gerenciais e de qualidade assistenciais e servir para o crescimento da profissão enquanto ciência (BORK et al., 2003; NASCIMENTO et al., 2008; AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009; AGUIAR et al., 2010).



Os participantes da pesquisa revelam:

*(...) a SAE, documento legal nosso (...) de extrema importância (...) é nosso trabalho reconhecido (...) as palavras o vento leva (...) (III- 1, 2,5).*

*(...) o importante é que fica registrado (...) (VII-1).*

Contradizendo o acima exposto, nos deparamos com um sujeito, que no seu discurso reconheceu a importância da SAE e sua responsabilidade em toda ação cuidativa, porém assume sua falha com o registro deficitário da assistência prestada, como transcrita abaixo:

*(...) SAE (...) coisa importante (...) eu faço muito e registro pouco (...) (IX-1).*

Pivotto, Lunardi Filho e Lunardi (2004) e Silva et al. (2012) apontam que a falta de documentação escrita é um marcador negativo na nossa profissão, porque informação não registrada seguramente será perdida, não contabilizada e não reconhecida, comprometendo a valorização e reconhecimento profissional, podendo colocar em dúvida a real assistência prestada. Salientam a importância do cumprimento da Lei do nosso Exercício Profissional e CEPE. Para resolvermos esse obstáculo toda equipe de enfermagem deve ser orientada e alertada sobre seu compromisso ético legal e para a documentação de toda assistência prestada.

Outro ponto importante observado nos discursos dos sujeitos dessa pesquisa, dentro desse subtema revela a importância de priorizarmos os pacientes segundo a **gradação da complexidade assistencial** na aplicabilidade diária da SAE, independente da interferência de fatores tais como: número de leitos ocupacionais de uma unidade de internação, rotatividade dos pacientes pelo tempo de internação e do diagnóstico médico.

A **gradação da complexidade assistencial**, na minha ótica, pode ser analisada e incluída tanto no subtema **Etapas da SAE** quanto **Fortalezas da SAE** por oferecer aos enfermeiros subsídios e direcionar a prática assistencial individualizada e integral, fortalecendo nossa interação com o paciente e família e o reconhecimento do nosso papel profissional.

Torna-se essencial para o planejamento das ações enfermagem, considerarem o nível de dependência e os pacientes com maior número de necessidades afetadas, para evitarmos prescrições incompletas (CARMONA; ÉVORA, 2003; BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006).

As falas a seguir desvelam:

*(...) apenas dos mais dependentes (...) (III-1).*

*(...) vou nas particularidades específicas (...) dos pacientes mais graves, dos que estão precisando de mais cuidados (...) (IX-1).*

Diante da característica do hospital cenário da pesquisa em realizar atendimento primário, secundário e terciário é imprescindível ao enfermeiro se nortear pela Resolução COFEN nº 293/2004 de 21 de Setembro de 2004 que recomenda em seu artigo 2º: “adoção do sistema de classificação de pacientes (SCP)”.

O SCP é uma ferramenta privativa do enfermeiro que determinará o grau de dependência do paciente à equipe de enfermagem e garantirá um serviço de qualidade.

Para adotarmos o SCP devemos classificar os pacientes em grupos de cuidados e considerar a quantificação desses grupos como medida do trabalho de enfermagem necessário para a prestação da assistência, o que auxiliará na organização dos serviços para: determinar a carga de trabalho e o tempo médio da enfermagem despendido ao paciente, monitorar a produtividade e o custo desse cuidado, proporcionar informações para tomada de decisões quanto ao número de profissionais necessários para assistência ao paciente na sua integralidade e contribuir para a diminuição do período de internação do paciente (GIOVANNETTI, 1979; RODRIGUES, 1992; ALWARD, 1992; GAIDZINSKI, 1994; FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005).

Enquanto para Perroca e Gaidzinski (1998, p.167) a adoção de um SCP na prática de enfermagem, “subsidiaria a melhoria da qualidade assistencial e prevê as necessidades de cuidados individualizados do paciente, correlacionando-a com a alocação de recursos humanos e o custeio do cuidado de enfermagem.”

Aspecto esse também analisado e adotado pelo sujeito, conforme citado abaixo:

*(...) acabo fazendo dos pacientes mais graves e dos submetidos a cirurgias específicas (...) (VII-1).*

Para Deiman (1994); Martins e Haddad (2000) e Santos et al. (2007) as características pessoais do paciente e enfermeiro, a falta de programas de treinamento, aspectos operacionais, práticas médicas, padrões assistenciais e habilidade e experiência do profissional podem interferir diretamente na classificação do paciente quanto seu grau de dependência da equipe de enfermagem e na homogeneidade dessa classificação, outrossim, o tempo despendido na prestação

do cuidado varia de acordo com os recursos materiais disponíveis, idade, complexidade e colaboração do paciente.

No Brasil há vários instrumentos de classificação para avaliar os pacientes segundo a complexidade do cuidado, porém no hospital pesquisado foi adotado o instrumento desenvolvido por Fugulin et al. (1997).

Para DeGroot (1989); Willians e Anderson (1992); Bork et al. (2003); Carmona e Évora (2003) e Kurcgant et al. (2012) a adoção do SCP garante ao enfermeiro alcançar padrões assistenciais e assegurar a efetividade e produtividade da equipe de enfermagem, possibilita uma melhor caracterização da clientela e visualização da unidade, auxilia na elaboração da escala mensal para adequação de recursos humanos e na aplicabilidade da SAE, evitando a sobrecarga de trabalho da enfermagem pela alta demanda de pacientes com maior complexidade assistencial.

Outro assunto abordado pelos participantes dessa pesquisa, que envolve esse subtema é a utilização do **impresso** no hospital, uma vez que a ação cuidativa holística e humanizada deve estar documentada, para o respaldo ético legal.

Esse assunto também pode ser abordado no subtema **Desafios da SAE**, considerando alguns aspectos abordados pelos sujeitos da pesquisa.

Os impressos de cada etapa da sistematização foram fornecidos pela Diretoria, na primeira reunião sobre a implantação dessa metodologia, como um roteiro para que todas as etapas fossem cumpridas, porém esses deveriam ser preenchidos diariamente, o que acabava gerando várias folhas, embora considerado um instrumento de fácil visualização, como abaixo transcrito:

*(...) impresso (...) muito bom (...) fácil de visualizar (...) (II-1)*

Para Santos et al. (2007); Nascimento et al. (2008); Amante, Rossetto e Schneider (2009) e Aguiar et al. (2010) a utilização dos impressos direciona e favorece a avaliação do cuidado, garante continuidade assistencial, tem como principal característica a rapidez, fácil leitura e facilidade no preenchimento e a segurança de que aspectos relevantes da assistência serão documentados.

Corroborando Bork et al.(2003) e Amante, Rossetto e Schneider (2009) salientam que, a unificação de formulários reunindo os dados necessários a todas as áreas, evita duplicidade ou divergências de informações e de formulários no prontuário do paciente, contudo é primordial que sejam revisados e ajustados, para alcance dos resultados pretendidos.

Além disso, ter um impresso contendo todas as etapas da SAE, o SCP e sistema de classificação de feridas permite maior respaldo para negociações quanto a real necessidade de recursos humanos e materiais, planejar tratamento, envolver os profissionais no cuidado e acompanhar sua efetividade (SANTOS et al., 2007).

Corroborando Bittar, Pereira e Lemos (2006) destacam que a utilização de um instrumento constitui um roteiro sistematizado que nos direciona a relacionar necessidades levantadas, com resultados esperados e intervenções estabelecidas, viabilizando a interação entre enfermeiro e paciente, reforçando a opinião como referido pelo sujeito:

*(...) esse impresso da ferida é bom (...) (III-4).*

*(...) vem melhorando os impressos (...) (VIII-3).*

Em contrapartida há participantes dessa pesquisa que apresentam opiniões divergentes quanto à implantação e utilização de impressos das etapas da SAE, inclusive se contradizendo, como textualmente copiado abaixo:

*(...) não funciona (...) impresso padronizado para o hospital todo (...) (III-4).*

*(...) nós temos o impresso apesar de precário, acho que precisa ser modificado (...) acho muito papel (...) montar os impressos, padronizar esses impressos, mas impressos bons (...) (V – 3,4).*

*(...) check list do exame físico (...) colocando na evolução (...) não utilizando o impresso (...) (VIII-1).*

A padronização dos impressos teve como ponto central no nosso hospital, otimizar e padronizar a documentação de todas as etapas da SAE, uma vez que, facilitaria essa prática e garantiria o cumprimento das leis vigentes e do nosso CEPE. Embora não tivéssemos participado da construção desse instrumento, após essa fase inicial de implantação e utilização dos impressos padronizados, tivemos reuniões para avaliarmos e sugerirmos alterações para melhor adequarmos o impresso com nossa realidade, mas tristemente, houve pouca participação e envolvimento dos colegas e muita resistência a essa nova proposta.

Contrariando as falas dos sujeitos dessa pesquisa, concordo com Bittar, Pereira e Lemos (2006), que propuseram ser fundamental que todos que se utilizem dos impressos sugiram alterações para melhor adequação a sua realidade, tornando-o prático, reduzido e economizando tempo no manuseio.

Corroborando Backes et al. (2005) e Gonçalves et al. (2007) destacam a importância da criação de grupo de trabalho para elaboração, inserção e

implementação da SAE com a adoção de impresso para nortear, garantir e legitimar a documentação dessa prática na nossa vida diária, evitando que seja avaliada pelos profissionais como imposição.

Para Hermida e Araújo (2006), nos impressos é imprescindível conter as etapas preconizadas do Processo de Enfermagem, garantindo que toda assistência prestada seja adequadamente documentada, logo contendo muitos papéis.

Por outro lado, Tannure e Pinheiro (2013) destacam não serem aconselháveis as prescrições pré-formatadas para serem completadas e para que as prescrições informatizadas possam favorecer o processo de enfermagem compete ao enfermeiro colocar os diagnósticos definidos e as prescrições segundo as prioridades, respeitando a individualidade e integralidade humana.

O segundo subtema a ser discutido foi denominado **Fortalezas da SAE** e para melhor demonstração didática utilizo o Diagrama 2:

**Diagrama 2:** Subtema **Fortalezas da SAE** e as unidades de significado. Botucatu, 2013.



Os sujeitos dessa pesquisa reconhecem a **importância da implantação e realização da sistematização da assistência de enfermagem** na sua vida diária, como extraído do discurso:

*(...) extrema importância a sistematização (...) (V-1).*

A operacionalização da SAE é muito importante para garantir assistência individualizada e planejada e evitar a prática da enfermagem fragmentada.

Para Backes et al. (2005); Hermida e Araújo (2006); Gonçalves et al. (2007); Fuly, Leite e Lima (2008); Menezes, Priel e Pereira (2011) e Oliveira et al. (2012) para a implantação e realização da SAE nas instituições de saúde onde ocorre a prestação da assistência de enfermagem, o enfermeiro deve considerar suas responsabilidades e deveres com a ação cuidativa, assumir compromisso para a efetivação desse processo. Deverá ter competência, habilidade e atitude para liderar sua equipe, ter apoio e incentivo da direção hospitalar, identificar a cultura e gestão organizacional, filosofia e metas do Serviço de Enfermagem que influenciará a SAE. Utilizar-se da metodologia mais adequada a sua realidade, ter ação reflexiva para a inserção e participação dos profissionais de enfermagem, objetivando a otimização da assistência e acreditando nos benefícios dessa prática cotidiana.

Concordo com Teixeira, Paim e Santo (2004) que o conhecimento desse instrumento metodológico, a segurança entre o saber e o fazer, a consciência das suas atribuições e responsabilidade, influenciam diretamente as ações do enfermeiro.

Os enfermeiros, sujeitos desse estudo, reconhecem sua responsabilidade e a importância da operacionalização desse instrumento metodológico no seu cotidiano profissional, como textualmente copiado abaixo:

*(...) tem que se concentrar muito (...) conhecer o paciente (...) muita responsabilidade, seriedade (...) dever (...) comecei a acreditar (...) (VII-3).*

*(...) sinto que eu atingi (...) parte prática que eles precisam também (...) (IX-3.).*

Além disso, a SAE é instrumento metodológico que organiza o desenvolvimento da Enfermagem interagindo com a assistência, ensino e pesquisa, sendo os cuidados prescritos baseados em evidências científicas, o que proporciona segurança tanto para o enfermeiro prescritor quanto para os executores desses cuidados e para quem os recebe. A SAE proporciona visibilidade, fortalecimento, autonomia e valorização do trabalho realizado e padronização de linguagem (TEIXEIRA; PAIM; SANTO, 2004; ALCANTARA et al., 2005; KLETEMBERG; SIQUEIRA; MANTOVANI, 2006; GONÇALVES et al., 2007; FULY; LEITE; LIMA, 2008).

Ressalto que a implantação e realização da SAE são fundamentais, porque favorece o cuidado planejado e organizado para identificação das necessidades do paciente, determinando o que devemos fazer, conforme já referido no subtema **Etapas da SAE** e revelado pelo participante da pesquisa:

*(...) acho a SAE muito importante (...) desde que nós implantamos (...) (IV-1).*

Para Gerelli, Soares e Almeida (1999); Carvalho et al. (2007); Almeida e Lucena (2011); Menezes, Priel e Pereira (2011); Silva et al. (2011) e Oliveira et al. (2012) a SAE assegura assistência humanizada, minimizando erros e perda de tempo, direcionando à reflexão do enfermeiro sobre sua responsabilidade quanto ao cuidado, a importância do aprimoramento e atualização do conhecimento e habilidades para tomada de decisões, envolvimento de todos pela característica do trabalho em equipe, favorecendo o controle de custos, exige competências técnica, científica e ética, reforçando a opinião do sujeito, como traslado abaixo:

*(...)SAE (...) importante fazer(...) ajuda bastante no nosso dia-a-dia (...) (VIII-1).*

Outro aspecto importante dentro do subtema **Fortalezas da SAE**, abordado pelos sujeitos dessa pesquisa foi à **importância da valorização e reconhecimento dos membros da equipe de enfermagem**.

Entretanto é importante delegarmos funções respeitando não só a categoria profissional exercida: enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem, como a competência e habilidade individual de cada profissional, apoiando nossas ações na legislação vigente e no CEPE.

Tenho certeza que o enfermeiro ao reconhecer e respeitar as habilidades e competência dos seus colaboradores favorece uma prática profissional mais motivada, humanizada, com maior envolvimento, responsabilidade e comprometimento profissional, evitando situações geradoras de conflitos interpessoais e consequentemente licenças médicas inesperadas por distúrbios emocionais, situação essa apontada e revelada:

*(...) tenho que trabalhar valorizando o que eles são (...) construíram o serviço (...) temos que saber agregar (...) (II- 8).*

*(...) fazem parte do contexto (...) ter envolvimento da pessoa (...) da equipe como um todo (...) (III-5).*

Ao envolver todos os membros da equipe de enfermagem na operacionalização da SAE e respeitando seus limites, observei na minha vida

profissional a mudança comportamental, o verdadeiro trabalho de equipe, o reconhecimento dos cuidados prescritos e a satisfação pelos resultados obtidos.

Destaco que frequentemente na unidade de internação que atuava, os profissionais de enfermagem relatavam a motivação e satisfação que sentiam pela equipe médica se nortear pelos registros de enfermagem para tomadas de decisões, demonstrando o reconhecimento e valorização pelo nosso trabalho.

Destarte, Kurcgant et al. (2012); Backes et al. (2005); Carvalho et al. (2007) e Silva et al. (2012), destacam as falas supracitadas, ao relatarem a importância de resgatar potencialidades, investigar as competências profissionais e o conhecimento técnico científico, favorecer as ações participativas e compartilhadas, envolver todos da enfermagem para alcançarmos a meta estabelecida. Porque geram sucesso na tomada de decisões, com menor custo e mínimo risco e também para considerarmos a valorização humana e respeitando os sentimentos, como elementos norteadores no ato de gerenciar.

Para Salomé, Martins e Espósito (2009) é imprescindível reconhecer o potencial e respeitar as limitações de todos os membros da equipe, fornecer condições dignas de trabalho para alcançar resultados favoráveis com a assistência prestada de forma mais humanizada e de qualidade.

Corroborando Bork et al. (2003); Chanes e Kusahara (2009) e Guerra et al. (2011) enfatizam ser fundamental envolver, valorizar e reconhecer intimamente os membros da equipe de enfermagem, inclusive na elaboração da SAE, independente da experiência profissional para atingirmos a excelência do cuidado, considerando a complexidade do Processo de Enfermagem, percebendo que devemos envolver todos no processo de tal forma que mesmo ausente nos sentiremos presentes.

Hermida e Araujo (2006); Silva et al. (2012) e Tannure e Pinheiro (2013) afirmam que proporcionar condições de trabalho, estimular a realização profissional, investir na capacitação e na satisfação pessoal do corpo de enfermagem são imprescindíveis para alcançarmos metas institucionais, porque ao capacitarmos a equipe à realidade da instituição, treinando quanto ao uso dos instrumentos da sistematização, oferecemos assistência de qualidade, afirmação essa que converge com a fala desvelada:

*(...) fazer o pessoal de enfermagem entender (...) estou prescrevendo foram coisas que eu vi (...) necessário fazer os cuidados (...) (V – 1, 3,4).*



Concordo com Fernandes, Spagnol e Trevisan (2003); Silva et al. (2012) e Mangueira et al. (2012) que ao realizarmos reuniões, cursos e treinamentos para equipe de enfermagem, valorizamos e desenvolvemos o potencial de cada profissional, ouvimos suas opiniões, direcionamos nossas ações cuidativas para suas reais habilidades, minimizamos erros, garantimos o registro fidedigno de toda assistência prestada, os envolvemos como co-responsáveis no processo decisório do cuidado a ser prestado e atingimos a qualidade assistencial, porque aumentamos a sua auto-estima e ao se sentir valorizado e reconhecido, apresentam melhor desempenho profissional, reforçando o discurso abaixo:

*(...) todos nós temos nosso valor (...) (III-6).*

Concordo com Fernandes, Spagnol e Trevisan (2003) quando citam que os profissionais sentem-se valorizados com as oportunidades para desenvolver suas potencialidades e envolvê-los nos processos decisórios, conduz ao melhor desempenho profissional.

Bork et al. (2003) e Regis e Porto (2011), destacam que os profissionais de enfermagem ao serem envolvidos e estimulados, atuarão de maneira mais integrada e satisfeita, proporcionarão e reconhecerão a importância da assistência sistematizada. Terão consciência que fazem parte desse processo, valorizando e destacando a organização e planejamento desse cuidado como ação privativa do enfermeiro. Outrossim, o enfermeiro demonstrará sua competência ao gerenciar com a participação de todos e favorecerá que suas opiniões, sejam ouvidas e respeitadas, como textualmente copiado abaixo:

*(...) eles não perguntam para os médicos, eles perguntam para enfermeira (...) a equipe médica (...) não tenho problema (...) (III-1).*

Essa situação experienciei todo período da minha atuação na unidade de internação, porque trabalhávamos num hospital universitário, onde por inúmeras vezes o médico no início da sua residência demonstrava insegurança e a equipe de enfermagem depositava total confiança na minha conduta.

O terceiro subtema Desafios da SAE é apresentado pelo Diagrama 3 e suas unidades de significado:

**Diagrama 3:** Subtema Desafios da SAE e as unidades de significado. Botucatu, 2013.



Dentro desse terceiro subtema emergiram as unidades de significado que caracterizaram (1) aspectos estruturais: particulares das unidades de internações, alta rotatividade de pacientes; inadequação da planta física das unidades de internações; déficit de recursos humanos; rotatividade dos enfermeiros assistenciais; interrupção durante a realização da SAE (2) aspectos que remetem ao preparo e formação dos profissionais, entre eles: questão cultural, resistência para realização da SAE; falta de capacitação; falta de tempo para aplicabilidade da SAE; adoção do modelo biomédico; a falta de envolvimento e reconhecimento dos membros da equipe de enfermagem.

Dessa forma extraí do texto e abaixo copiei a divergência, abordada pelo enfermeiro participante do estudo, deixando claro, que **a falta de envolvimento e reconhecimento dos membros da equipe de enfermagem**, implica de forma negativa na operacionalização da SAE, ponto esse que também pode ser destacado no subtema **Desafios da SAE**:

*(...) não é uma rotina pra ele checar (...) quando eu cobro, eles checam (...)*  
(IX-1).

Concordo com Kurcgant et al. (2012), ao relatarem que é imprescindível tomarmos atitude para resolvermos o problema tão logo seja detectado, analisando a viabilidade de como saná-lo na prática e com Carvalho et al. (2007) que a falta de adesão dos auxiliares e técnicos de enfermagem quanto à sistematização, é decorrente da formação dos cursos profissionalizantes, referente à importância do Processo de Enfermagem.

Dessa forma, vale apontar que, ensina-se sobre a importância da prescrição e diagnóstico médico, mas pouco se aborda sobre a SAE e a implementação do Processo de Enfermagem, nos cursos técnicos profissionalizantes o que pode resultar em incapacidade técnica e falhas no ensino.

Outro ponto destacado pelos enfermeiros desse estudo foi à importância da **interação entre assistência e docência**, que abordo dentro do subtema **Fortalezas da SAE**, mas que também se constitui como desafio.

Entretanto um ponto forte para ser apontado dessa interação entre enfermeiros assistenciais e docentes é o passo inicial do planejamento da implantação da SAE com a adoção de reuniões para ampla discussão sobre as teorias de enfermagem como referencial teórico, identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre: a metodologia, sistemas de classificação e detectar os enfermeiros que possuem segurança na aplicabilidade e possam contribuir na construção de impressos, direcionar a elaboração e revisão de normas, rotinas, protocolos institucionais, definir papéis dos profissionais de enfermagem para a viabilização e continuidade dessa metodologia, atingir mudança comportamental, como relatam Bork et al. (2003); Hermida e Araujo (2006); Gonçalves et al. (2007); Freitas et al. (2011) e Manguiera et al. (2012) e extraído dos discursos:

*(...) tem que fazer um treinamento (...) gente que sabe (...) didaticamente (...)*  
*aprimorar conhecimentos (...)* (V – 3,4)

*(...) definir bem funções, o que é do enfermeiro, o que é do auxiliar, o que é do técnico (...)* (VI-2)

Essa relação entre enfermeiros da academia e assistência propicia encontros científicos, debates baseados em evidências, segurança da adoção e utilização de sistemas de classificação universalmente aceitos, com linguagem padronizada e documentada, troca de experiências, incentivo e motivação para atualização e

aprimoramento do conhecimento científico para operacionalização da SAE e melhoria da qualidade assistencial ao relacionar a tríade: diagnósticos, intervenções e resultados, com raciocínio crítico para realizar o julgamento clínico, como descrevem Amante et al. (2010); Freitas et al. (2011) e Oliveira et al. (2012), ponto detectado no discurso e abaixo transcrito:

*(...) o ideal seria (...) ter alguém para conversar, discutir caso (...) treinamento sobre exame físico (...) praticando exame físico (...) (VI-1,4).*

*(...) sinto bem (...) sossegada quando a gente divide (...) (IX-3).*

Concordo com Pivotto, Lunardi Filho e Lunardi (2004); Minayo (2007); Backes et al. (2005); Gonçalves et al. (2007); Amante et al. (2010) e Freitas et al. (2011) ao referirem que, formação de grupos de pesquisa e de trabalho favorecem: a competência, conscientização e segurança profissional, as trocas de experiências e conhecimento entre enfermeiros docentes e assistenciais, a organização de recursos humanos e materiais, a articulação entre teoria e prática, a discussão de processos de melhorias e o aprimoramento da qualidade assistencial, porque a busca entre teoria e prática é um processo inacabado e permanente, ao considerarmos que o verdadeiro poder está no conhecimento e tornam a assistência humanizada.

Para Teixeira, Paim e Santo (2004) a interação entre enfermeiros acadêmicos e assistenciais permite uniformização de estratégias e impulsiona a discussão e o avanço da profissão.

Simões e Silva et al. (2009); Almeida e Lucena (2011) e Kurcgant et al. (2012), referem que proporcionar a capacitação do corpo de Enfermagem é fundamental para avaliar a qualidade do cuidado, porém deve ser monitorado o efeito desse treinamento na prática assistencial e ter um cronograma para capacitação durante período de trabalho.

Felizmente, sempre houve abertura muita grande por parte dos docentes do Departamento de Enfermagem da nossa instituição para os enfermeiros assistenciais que os procuravam, o que facilitou troca de experiências, aulas e inclusive na unidade de internação onde eu atuava tivemos aulas de educação continuada para os membros da equipe de enfermagem sobre a importância dos cuidados sistematizados proferida pelo trabalho desenvolvido conjuntamente com docente do Departamento de Enfermagem dessa Faculdade de Medicina. Atualmente temos docente do nosso Departamento de Enfermagem atuando na Comissão da SAE.

Por outro lado, embora essa interação seja apontada pelos sujeitos do estudo como ponto favorável na implantação e continuidade dessa metodologia, há uma divergência de opinião referente a esse assunto, onde também posso considerar como pertinente dentro do subtema **Desafios da SAE**, porque lamentavelmente vivenciamos na época da implantação e implementação da SAE, a **falta de participação e interação entre os enfermeiros assistenciais e docentes** do Departamento de Enfermagem, fato esse textualmente copiado abaixo:

*(...) a visão da UNESP é diferente da visão da Escola (...) essa prioriza muito a sistematização (...) (II- 1).*

Teixeira, Paim e Santo (2004); Pivotto, Lunardi Filho e Lunardi (2004) e Oliveira e Schilling (2011) reforçam essa fala, ao destacarem que o conflito existente entre a docência e assistência, dificulta a integração e intensifica uma lacuna entre ensino e assistência e uma relação deficitária, por considerar que, um trata da teoria e outro da prática.

Outro importante ponto extraído dos discursos, que abordaremos dentro do subtema **Desafios da SAE**, remete a **questão cultural** da nossa instituição.

Para Bork et al.(2003); Carvalho e Kussomota (2009); Menezes, Priel e Pereira (2011) e Guerra et al. (2011) referem ser imprescindível reuniões envolvendo e sensibilizando todo corpo de enfermagem para alcançarmos o sucesso da mudança comportamental e cultural e fortalecer e estimular o processo de mudança, concomitante devemos ter o apoio dos gerentes da instituição e da equipe interdisciplinar.

Corroborando Kurcgant et al. (2012) ressaltam que, ao compartilharmos de um senso comum sobre a realidade experienciada, atribuímos nossas questões culturais sobre determinado tema e conseguimos conhecer a cultura organizacional da instituição que direciona para o sucesso de uma mudança cultural com a mudança comportamental dos profissionais envolvidos, conforme expresso pelo sujeito:

*(...) não é fácil realizar o SAE (...) questão cultural muito grande (...) não se faziam (...) tem que implantar (...) (II-1)*

Para McCue, Mark e Harless (2003) quando sensibilizamos todos os membros da equipe para a importância da mudança comportamental e cultural, demonstramos os benefícios tanto para paciente quanto para instituição, com diminuição de período de internação, redução de gastos com salas cirúrgicas,

assistência individualizada e mais humanizada e demonstramos que a qualidade assistencial interfere na parte financeira do hospital, como extraído da fala do sujeito:

*(...) está faltando alguma coisa (...) para acontecer mesmo o SAE (...) pela incerteza ou duvida não faço (...) (VI-1).*

Concordo com Hausmann e Peduzzi (2009), que tanto a capacitação quanto à supervisão do corpo de enfermagem são instrumentos importantes do gerenciamento para garantir a qualidade do cuidado e o funcionamento do serviço.

Outro ponto revelado que considerei dentro do subtema **Desafios da SAE**, remete a **resistência** dos enfermeiros quanto à implantação e operacionalização da SAE.

Teixeira, Paim e Santo (2004); Kletemberg, Siqueira e Mantovani (2006); Amante, Rossetto e Schneider (2009) e Silveira e Paiva (2011) salientam a resistência dos enfermeiros com a mudança comportamental, por considerarem desconfortável a instrumentalização das suas ações no seu cotidiano diário, uma vez que são alheios à reflexão e crítica sobre essa prática e por outro lado por se sentirem despreparados e inseguros para saírem da zona de conforto, reforçando a fala textualmente copiada:

*(...) eu era resistente em fazer a SAE (...) (III-1,2).*

Para Nascimento et al. (2008); Takahashi et al. (2008); Carvalho e Kussomota (2009) e Oliveira et al. (2012) a medida que o enfermeiro se empodera do conhecimento sobre a SAE, possuirá mais autonomia para o desenvolvimento e aplicação do seus conhecimentos científicos, evitando os desacordos clínicos, que podem interferir na qualidade assistencial e a não adesão ao processo. Dessa forma, acredito que superem sua resistência com a realização da SAE, como transcrito:

*(...) não adianta falar (...) que tem que fazer o SAE (...) tem que fazer o que será realizado (...) para o supervisor técnico é difícil (...) (I-1).*

Marquis e Huston (2010) descrevem que para diminuir a resistência por falta de conhecimento dos envolvidos é importante utilizar a estratégia racional empírica, entretanto nota-se que na nossa instituição a estratégia utilizada foi do poder coercitivo, isto é, a influência sobre a obrigatoriedade. Salientam ainda que a boa comunicação diminui a resistência dos envolvidos na mudança proposta.

Acredito que, essa mudança na rotina institucional causou certo desconforto quando muitos sujeitos notaram o limite de atuação do seu cargo gerencial.

Opinião divergente de Guerra et al. (2011) que consideram que o fato dos enfermeiros assumirem atividades que incluem, da prestação de cuidados ao gerenciamento, favorecem sua autonomia para tomada de decisões.

Os autores Haag-Heitman (1999); Oermann (1999); Adami (2000); Antunes e Trevisan (2000); Bork et al. (2003); Fuly, Leite e Lima (2008); Kurcgant et al. (2012) e Manguiera et al. (2012) afirmam que, a operacionalização da SAE depende da maturidade e conhecimento dos profissionais envolvidos e do apoio dos gerentes para viabilizar condições tecnológicas, aprimoramento científico e na qualificação do corpo da enfermagem e expressarem seu conhecimento pela sistematização dos cuidados, adotando esse método no seu cotidiano. Além do que, devemos diminuir a existência entre o hábito de pensar, a ação e os domínios da prática profissional, incluindo a importância dos dirigentes exigirem a realização dos cuidados planejados pela enfermagem, como desvelado no discurso:

*(...) tenho procurado fazer (...) pedido até pela própria Instituição (...) (V-1).*

Na minha percepção essa mudança no nosso hospital foi considerada um processo doloroso, porque os profissionais de enfermagem precisavam sair da sua zona de conforto, aceitar suas deficiências, avaliar suas competências e se estimularem para atualização e aprimoramento científico, mudando o paradigma conservador e reconhecer que o exercício diário da sistematização proporciona segurança.

No início da implantação da SAE, alguns fatores contribuíram para a resistência da equipe de enfermagem, tais como: a falta de participação e envolvimento de todos os profissionais, não se pesquisou para saber o real conhecimento que todos tinham sobre a SAE, não se programou encontros para troca de experiências, não foram avaliadas as reais condições de cada setor.

Destarte, os sujeitos da presente pesquisa demonstram conflito na sua avaliação sobre a operacionalização da SAE, ou seja, embora considerem importante o cuidado sistematizado apontam que realizam pela imposição institucional.

Corroborando Takahashi et al. (2008) abordou que a falta de conhecimento e conscientização dos enfermeiros sobre a importância do cuidado planejado e da sua responsabilidade social torna-se barreira para a adesão da sistematização na prática profissional.

Concordo com Bork et al. (2003) e Almeida e Lucena (2011) que no momento de mudanças de normas e rotinas institucionais é imprescindível que os diretores de enfermagem focalizem as necessidades do corpo de enfermagem e proporcionem suporte técnico científico para que as alterações sejam aceitas com mais segurança e ocorram com mais tranquilidade. Para a operacionalização da SAE é importante que todos estejam conscientes e decididos para melhorar a assistência prestada, padronizar a linguagem e aprimorar conhecimentos.

Destarte Marquis e Huston (2010) descrevem que, toda mudança provoca sentimentos de perdas e conquistas, tendo três fases. A fase do descongelamento quando os envolvidos estão insatisfeitos e acreditam na mudança. A segunda é do movimento quando as pessoas percebem que as forças que impulsionam são maiores do que os limitantes e para isso é imprescindível reuniões para discussão do assunto. A terceira fase é o recongelamento, ou seja, são proporcionadas as condições para a efetiva mudança, como: capacitações, recursos materiais e humanos, apoio e reforçar a mudança individual dos envolvidos.

Ainda dentro dos **Desafios da SAE** enfrentados na vida diária, os sujeitos relatam o **modelo biomédico** existente nas nossas unidades de internação.

Paula et al. (2004) apontam que a Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad resgatam a dimensão humanística do cuidado e se contrapõe ao modelo biomédico.

Amante et al. (2010) e Kurcgant et al. (2012) referem que no decorrer do século XIX consolida-se a divisão técnica do trabalho de enfermagem. A partir dos anos 1970 criando e impulsionando a interdependência, interação e a integração do trabalho multiprofissional, autonomia para tomada de decisões e o desenvolvimento e aprimoramento do conhecimento técnico científico da Enfermagem, porém após a década de 1980 havendo muita dificuldade para romper com o modelo biomédico. Assim, o Processo de Enfermagem, apareceu tendo como objetivo sustentar teoricamente a profissão.

Amante et al. (2010) e Kurcgant et al. (2012) referem que após a década de 1980 as enfermeiras enfrentam muita dificuldade para romper com o modelo biomédico. Entretanto a enfermagem apresenta divisão técnica e social do trabalho, impulsiona-se a interdependência, interação e a integração do trabalho multiprofissional, autonomia para tomada de decisões e o desenvolvimento e



aprimoramento do conhecimento técnico científico. Assim, o Processo de Enfermagem, apareceu tendo como objetivo sustentar teoricamente a profissão.

Concordo com Amante, Rossetto e Schneider (2009); Amante et al. (2010) e Kurcgant et al. (2012) que lamentavelmente esse método científico ainda não detém credibilidade para descentralizar o modelo biomédico, porque exige do enfermeiro atualização e aprimoramento teórico científico, preservando a unicidade e totalidade do paciente, como transcrito:

*(...) eu acho bem pouco respeitado a SAE nossa (...) o corpo clinico daqui (...) eles não respeitam nem a SAE, a prescrição que eu fiz, então é difícil (...) (IX-1).*

Durante todo período da minha atuação na unidade de internação, minha experiência foi diferente da fala supracitada, pois minha relação com equipe médica era de extrema confiança e respeito. Era frequente no meu cotidiano, a equipe multidisciplinar ler nossos registros de enfermagem, o que evidenciava o reconhecimento e autonomia profissional.

Para Migoti, Grzybovski e Silva (2001); Pivotto, Lunardi Filho e Lunardi (2004) e Backes et al. (2005) a falta de adoção desse instrumento metodológico conduz a condutas inflexíveis, que na maioria podem ser consideradas por desatualização profissional. Então, pela falta de conhecimento, habilidade, reconhecimento e valorização do seu papel profissional, o enfermeiro adere à estrutura biomédica e se restringe aos procedimentos técnicos.

Dessa forma, transfere para o médico a responsabilidade de tomada de decisões na ação cuidativa, deixando-o como detentor do saber e supervisor das ações, como descrevem Saar e Trevizan (2007).

Concordo com Backes et al. (2005) e Cruz e Almeida (2010) que torna-se fundamental, para implantação e implementação da SAE que o corpo de enfermagem seja direcionado a mudança comportamental e cultural para aderirem a mudanças de rotinas e cumprimento das implementações realizadas pelo enfermeiro, porque temos condições de oferecer ação cuidativa desvinculada do modelo biomédico e das rotinas pré estabelecidas, como revelado:

*(...) dependendo da prescrição médica para fazer a sistematização (...) a prescrição médica vem com muitos cuidados (...) (II-1,5).*

Corroborando Pivotto, Lunardi Filho e Lunardi (2004); Teixeira, Paim e Santo (2004) e Felix, Rodrigues e Oliveira (2009) são enfáticos ao relatarem que, a ausência da prescrição realizada pelo enfermeiro de maneira sistematizada, torna-o

alheio as tomadas de decisões, conduzindo a estagnação profissional e fortalecendo o modelo biomédico. Além de, induzir a equipe de enfermagem a prestar assistência independente da sua coordenação e supervisão, pautada na prescrição médica.

Bittar, Pereira e Lemos (2006); Truppel et al. (2009); Freitas et al. (2011) e Silva et al. (2012) enfatizam que, os enfermeiros ainda transcrevem as solicitações médicas nas suas prescrições, como forma de evitar erros e equívocos, porque a sistematização que é ação privativa do enfermeiro, exige raciocínio crítico para julgamento clínico, apresentando convergência com a fala extraída dos discursos:

*(...) a prescrição o noturno faz (...) fazem uma cópia da prescrição médica (...)*  
(V-1).

Nas muitas situações que isso ocorria, as intervenções de enfermagem prescritas eram alteradas contendo minha assinatura e carimbo como co-responsável e havia a orientação ao enfermeiro para evitar essa prática, justificada pela desproporção existente entre número de leitos e enfermeiro para o serviço noturno.

Torna-se necessário que os enfermeiros tenham consciência que a operacionalização desse instrumento metodológico que é a SAE, orienta no planejamento da assistência de enfermagem, auxilia na estruturação e organização do serviço e direciona a equipe de todas as ações que deverão desempenhar, fortalecendo a cientificidade da Enfermagem e o espaço do enfermeiro dentro da instituição, superando o modelo biomédico.

Outro ponto relevante pelos sujeitos desse estudo, considerado dentro do subtema **Desafios da SAE** foram à **particularidade de cada serviço e a rotatividade** dos nossos pacientes.

Observo que, a adoção do modelo biomédico nas nossas unidades de internações, foi impulsionada pela particularidade de cada serviço e pelo curto período de internação que gera a alta rotatividade dos nossos pacientes.

Pivotto, Lunardi Filho e Lunardi (2004); Silva et al. (2011) e Tannure e Pinheiro (2013) salientam que, conhecer as particularidades de cada serviço, rediscutindo normas, rotinas, protocolos assistenciais, empregando impressos para facilitar a implementação da sistematização e conhecer os objetivos do serviço de enfermagem são importantes para superarmos as dificuldades do cotidiano, além do comprometimento e responsabilidade dos enfermeiros.

Enquanto Gaidzinski et al. (2008) e Kurcgant et al. (2012) remetem-se a adequação do número de profissionais de enfermagem em cada turno de plantão, de acordo com a dinâmica de cada setor, o que assegura cuidados livres de riscos.

Para Hermida e Araújo (2006) e Felix, Rodrigues e Oliveira (2009) para implantação da SAE é importante analisarmos as peculiaridades de cada serviço, sua filosofia e objetivos assistenciais, suas rotinas, seus recursos humanos, para superarmos as barreiras da estrutura médica, onde se torna rotina que os únicos cuidados a serem prestados são os estabelecidos pela equipe médica, justificados pela alta rotatividade dos pacientes, semelhante às falas transcritas:

*(...) dificuldades na enfermagem (...) exames de alta complexidade (...) rotina muita intensa (...) (III-1,2).*

Pivotto, Lunardi Filho e Lunardi (2004); Nascimento et al. (2008); Cruz e Almeida (2010); Freitas et al. (2011) e Oliveira et al. (2012) reforçam esses desafios, ao considerarem que, a falta de atualização da prescrição de enfermagem, do compromisso do enfermeiro e sua acomodação, por inúmeros fatores, entre eles: a alta demanda de pacientes, rotina do setor, a demanda de trabalho, fortaleçam o modelo biomédico e tornam seu papel profissional indefinido nas instituições hospitalares.

Essa situação foi prevista na época da implantação da unidade de internação onde eu atuava e por mim foi proposto aos Diretores e equipe médica, que definíssemos horário para as internações eletivas, após aprovação, todos respeitavam e cumpriam, solucionando esse nó crítico vivenciado pelos sujeitos da pesquisa.

Outro fator extraído dos discursos foi a ***inadequação da planta física***, que está no subtema **Desafios da SAE**.

Para Felix, Rodrigues e Oliveira (2009) e Silva et al. (2011) a falta de estrutura adequada para a realização do exame físico e entrevista podem interferir no sucesso da operacionalização da SAE.

Hermida e Araújo (2006) salientam como fator positivo para realização do instrumento metodológico, a necessidade de sala privativa para que ocorra a interação enfermeiro e paciente, assim como para discussão das ações assistenciais entre todos os profissionais de enfermagem, conforme expresso:

*(...) Falta de condição não oferecida pela instituição (...) adequada planta física (...) (II-6).*

Ainda no subtema **Desafios da SAE** a **falta de tempo** para implantação e implementação da SAE na prática diária dos enfermeiros é apontada por todos os sujeitos desse estudo.

Para Lunardi Filho (1997); Andrade e Vieira (2005); Chanes e Kusahara (2009); Silva et al. (2011) e Kurcgant et al. (2012) a disponibilidade de tempo é primordial para avaliação contínua e diária de todo o processo, porém é influenciada diretamente, na maioria das situações, porque não priorizamos e planejamos nossas ações, nos direcionando a resolver problemas inerentes a outros profissionais ou pela inexperiência profissional, tornando evidente a dissonância entre a teoria e a prática, aprendida nos nossos cursos de graduação. Como transcrito dos discursos:

*(...) não dá tempo (...) às vezes eu saio um pouco além do horário para ver se eu dou conta (...) (IV-1,2).*

*(...) porque senão a gente só fica fazendo isso, não dá (...) porque não dá para dar conta (...) por não ter tempo (...) (V-1, 6).*

Para Reppetto e Souza (2005), Backes et al. (2005); Felix, Rodrigues e Oliveira (2009); Freitas et al. (2011); Oliveira et al. (2012) e Casafus, Dell'Acqua e Bocchi (2013) o fator falta de tempo é uma das principais justificativas dadas pelos enfermeiros para não realizarem a SAE, desarticulando a teoria e a prática e deixando de demonstrar a importância desse instrumento metodológico, tornando-o mecanizado, com prescrições contendo rotinas e não respeitando a individualidade do paciente. Conforme desvelado:

*(...) como enfermeira não tenho tempo hábil para fazer a sistematização (...) para a enfermeira da unidade é difícil (...) (II- 1).*

Fuly, Leite e Lima (2008) e Silva et al. (2012) salientam que a falta de planejamento dos enfermeiros, acarreta em falta de tempo e conseqüentemente em registros inadequados sobre cuidados prestados, não assegurando a continuidade da assistência, o que implica em questões éticas e disciplinares.

Corroborando Marquis e Huston (2010) apontam que ao gerenciar o tempo o profissional reduz o estresse, aumenta a produtividade e realiza tarefas prioritárias. Citam ainda que o gerenciamento do tempo seja um processo cíclico, composto por três etapas. Na primeira etapa devemos prever o tempo para realizarmos nosso planejamento e estabelecer prioridades. Na segunda devemos fazer as tarefas mais prioritárias e somente iniciar outra tarefa quando concluída a anterior. Na terceira etapa reavaliar e novamente priorizar as tarefas relacionadas.

Marquis e Huston (2010) acrescentam que as tarefas devem ser relacionadas em três categorias: não fazer, fazer mais tarde e fazer agora e nessa última incluem: adequação de recursos humanos, falta de equipamentos e cumprir prazos estabelecidos. Dessa forma administramos com eficiência.

Observei que, a falta de tempo para a sistematização foi um ponto desafiador para todos os enfermeiros desse estudo, conforme transcrito:

*(...) é mais por falta de tempo (...) pelas dificuldades que nem sempre dá (...)* (VIII-1,4).

Embora no subtema **Etapas da SAE**, apresentei a implantação e utilização dos impressos, ficou evidente que, o objetivo era facilitar a operacionalização da SAE e consequentemente serem usados como ferramenta para que o enfermeiro planejasse e organizasse seu tempo para assistência de qualidade, deixando nesse momento em evidência que a falta de adesão ao impresso acarretou a falta de tempo para assistência.

Além disso, a utilização e adesão dos impressos ou das etapas informatizadas também podem ser abordadas, dentro do subtema **Fortalezas da SAE**, ao considerarmos as inúmeras vantagens da implantação do sistema de informação informatizado.

Para Marquis e Huston (2010) delegar tarefas rotineiras é ótimo recurso para melhor aproveitamento do nosso tempo na realização de tarefas primordiais estabelecidas no nosso planejamento diário.

Concordo com Bork et al. (2003); Gaidzinski et al. (2008); Souza e Santos (2009) e Almeida e Lucena (2011) que a utilização do prontuário eletrônico tem como vantagens: praticidade, legibilidade, segurança, redução de erros, benefícios de economia de tempo para maior interação com paciente, supervisão e coordenação das ações de enfermagem, possibilidade de alteração imediata, diminui duplicidade de informações, suporte administrativo para o planejamento do cuidado, gerenciamento de dados e informações, linguagem uniformizada, evidencia a produtividade da Enfermagem, entre outras.

Embora o prontuário eletrônico e o modelo do Processo de Enfermagem informatizado apresentem inúmeras vantagens para instituição e clientes internos e externos, concordo com Almeida e Lucena (2011), que se tornam necessários investimentos pelos dirigentes hospitalares para aquisição de microcomputadores e em hardware.

Vale relatar que, na época do estudo na unidade de internação onde atuava, tomei a iniciativa de manter arquivo Word de algumas etapas do impresso: diagnóstico e inclusão da gradação da complexidade assistencial, implementação e avaliação de enfermagem. Após preencher e imprimir essas folhas eram anexadas ao prontuário do paciente e essa estratégia facilitava e agilizava o desempenho das minhas atividades diárias.

Dessa forma, esse serviço foi por mim experienciado de maneira positiva, porque após a visita diária em todos os pacientes, eu revisava e alterava as intervenções e diagnósticos definidos conforme a evolução apresentada pelo paciente, para alcançar os resultados esperados, com disponibilidade de tempo, na maioria dos dias, para exercer outras funções inerentes ao cargo ocupado, diferente da experiência relatada:

*(...) se sobra tempo eu vou fazendo dos outros (...) (IX-1).*

Corroborando Pivotto, Lunardi Filho e Lunardi (2004) e Andrade e Vieira (2005) destacam que a falta de tempo do enfermeiro para aplicabilidade da prescrição de enfermagem está relacionada tanto com a deficiência na formação profissional quanto com a valorização do profissional pela qualidade assistencial sistematizada.

Marquis e Huston (2010) abordam ser importante para gerenciarmos nosso tempo pessoal: reorganizar nosso trabalho, mudar o sistema de atendimento, identificar nossas prioridades para maior controle do nosso tempo, registrar nossas ações imediatamente após terminá-las.

A **falta de treinamento e capacitação** foi revelada pelos sujeitos desse estudo como ponto desafiador, abordada nesse subtema **Desafios da SAE**.

Para Teixeira, Paim e Santo (2004); Freitas et al. (2011); Kurcgant et al. (2012) e Tannure e Pinheiro (2013) é extrema importância na fase de implantação e implementação da SAE, a realização de reuniões científicas e discussão sobre o planejamento do método científico, para capacitação permanente do corpo de enfermagem e para superarmos os grandes desafios que são a falta de interesse e de atualização, inclusive porque desconhecer a importância do fator humano contribui ao fracasso programas de qualidade, inclusive pelo planejamento estratégico situacional pode-se entender os problemas e buscar a solução como expresso:

*(...) precisa ter treinamento (...) (V-4)*

Bork et al. (2003); Nascimento et al. (2008); Takahashi et al. (2008); Amante et al. (2010) e Cruz e Almeida (2010) apontam que, a capacitação da equipe de enfermagem deve desenvolver o conhecimento técnico e científico, para que as ações cuidativas, sejam realizadas com segurança, autonomia, excelência e pautadas em princípios científicos, evitando o descrédito da equipe interdisciplinar, além de motivar o enfermeiro para seu aprimoramento e fortalecimento do seu papel.

Bittar, Pereira e Lemos (2006); Carvalho et al. (2007); Carvalho e Kusomota (2009); Hausmann e Peduzzi (2009) e Silva et al. (2012) apontam a relevância de treinamentos dos profissionais de enfermagem, para execução do instrumento metodológico aplicável a realidade de cada serviço, revisando suas atividades e assegurando melhores condições, evitando cuidado fragmentado e desarticulado, por profissionais não envolvidos, desmotivados e alienados a SAE, reforçando a experiência extraída dos discursos:

*(...) tenho um pouco de dificuldade de exame físico (...) de diagnóstico (...) treinamento sobre exame físico (...) praticando exame físico (...) eu acho que todo mundo tem dificuldades nisso, em estar fazendo certo (...) (VI-1).*

Concordo com Zapp (2001); Bork et al. (2003); Backes et al. (2005); Hermida e Araújo (2006) e Freitas et al. (2011) que envolver todo o corpo de enfermagem, com estudos e sensibilização favorece a adesão, porque para a prática diária da SAE, é importante a união entre o conhecimento teórico e a prática do cuidado, para fortalecer habilidades técnicas e o raciocínio para o julgamento clínico, porém pelos enfermeiros terem formação generalista, fica sob sua responsabilidade buscar constante capacitação e atualização da prática profissional.

Corroborando Alves, Penna e Britto (2004) e Jorge et al. (2007) destacam ser imprescindível a interação entre o saber e fazer, a teoria e prática, relacionando ao cotidiano profissional, evitando a formação do enfermeiro generalista, com fundamentação mecanicista.

Lamentavelmente, no cenário da presente pesquisa na primeira reunião com a participação dos enfermeiros e gerentes de enfermagem tendo como pauta a implantação da SAE em todas as unidades de internação, nos foi apresentado o impresso elaborado e preconizado pelas gerentes e comunicado sobre a criação de Grupo SAE e a indicação dos enfermeiros que fariam parte. Após essas informações

foi ministrada aula sobre a história do Processo de Enfermagem, o que gerou críticas, desmotivação e pouca adesão.

Assim, a equipe de enfermagem não se sentiu valorizada com os cursos programados posteriormente pelas nossas Gerentes sobre o Processo de Enfermagem, contrariando Kurcgant et al. (2012), que medidas para capacitação e atualização técnica - científica são valorizadas pelos profissionais.

Corroborando com essa situação experienciada na nossa instituição, Bork et al. (2003) destacam que, os enfermeiros analisam o treinamento e trabalho como tendo conceitos antagônicos e não complementares e o treinamento em serviço como menos importante do que a prática assistencial.

Os enfermeiros que participaram desse estudo destacaram em seus discursos o **déficit de recursos humanos**, dentro do subtema **Desafios da SAE**.

Vale sobressaltar que, pelo déficit de recursos humanos, houve situações que nós enfermeiros, dividimos a escala diária de atividades com os auxiliares e técnicos de enfermagem e atuamos diretamente na assistência de enfermagem, além de cumprirmos as demais funções inerentes ao cargo gerencial.

Essa situação vivenciada nessa instituição hospitalar demonstra a preocupação e comprometimento dos enfermeiros com o atendimento aos pacientes e sua participação direta na assistência, não delegando atividades da sua competência para pessoa de outra categoria profissional, cumprindo e respeitando a legislação vigente e nosso CEPE.

Para Gomes (1997); Peduzzi e Anselmi (2002) e Kletemberg, Siqueira e Mantovani (2006) o trabalho da equipe de enfermagem realiza-se dentro de um processo de divisão, de forma fragmentada, mas com disciplina, desigualdade e hierarquia, como desvelado pelo sujeito da pesquisa:

*(...) missão impossível (...) não tem RH (...) precisa de enfermeiros (...) não tenho escrituraria (...) único empecilho: gente (...) (V-2).*

Corroborando Nascimento et al. (2008) e Hausmann e Peduzzi (2009) destacam que dentro desse processo fragmentado há uma perspectiva do profissional prestar cuidado integral para o paciente sob sua responsabilidade, considerando sua unicidade, porém não garante sua participação no planejamento desse cuidado e deve se atentar para evitar cuidados relativizados.

Concordo com Pivotto, Lunardi Filho e Lunardi (2004); Kletemberg, Siqueira e Mantovani (2006) e Simões e Silva et al. (2009) que o déficit de recursos humanos



gera a falta de tempo para a realização do cuidado sistematizado, fazendo com que os enfermeiros atuem em situações antagônicas para a prestação de serviço de qualidade, porque dimensionar o quadro de pessoal implica na identificação e caracterização dos pacientes e para isso torna-se necessário a adoção de critérios e metodologias pelos gerentes de enfermagem.

Concordo com Antunes e Costa (2003); Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005) e Kurcgant et al. (2012) que os enfermeiros, ao identificar e caracterizar sua clientela, conseguem realizar um adequado dimensionamento do corpo de enfermagem, evitando prejuízo na eficácia e qualidade do cuidado, mas devem considerar algumas variáveis como: carga de trabalho, índice de segurança técnica (IST), planta física do hospital e tempo efetivo do trabalho, reforçando a fala extraída do discurso:

*(...) difícil (...) número insuficiente de recursos humanos (...) cuidar de muitos pacientes (...) (I- 1).*

Corroborando Perroca e Gaidzinski (1998); Antunes e Costa (2003); Carmona e Évora (2003) e Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005) referem que, conhecer o perfil da clientela auxilia na adequação e distribuição diária de pessoal, na capacitação dos envolvidos diretamente no cuidado, na previsão dos custos assistenciais, porém a identificação do perfil assistencial do paciente deverá ser realizada diariamente.

Para McCue, Mark e Harless (2003) o déficit de recursos humanos está relacionado com a redução dos custos dentro da instituição, porém interfere diretamente na qualidade do cuidado prestado.

Marquis e Huston (2010) e Casafus, Dell'Acqua e Bocchi (2013) descrevem que a sobrecarga de trabalho pelo déficit de profissionais induz ao aumento de erros, a omissão de tarefas primordiais e gera sensações de ineficiência.

O número inadequado do corpo de enfermagem acarreta consequências tais como: falta de adesão da assistência planejada e organizada e da continuidade desse instrumento metodológico, uma vez que exige a presença contínua de enfermeiro para sua efetiva prática e essa situação é extraída dos discursos:

*(...) falta de enfermeiro (...) tem que ter mais enfermeiros (...) já é legislação (...) mais enfermeiros e fixos (...) (VIII-2).*

Para Hermida e Araújo (2006); Nascimento et al. (2008) e Kurcgant et al. (2012) há necessidade de recursos humanos para ocorrer à operacionalização da

SAE e para isso é fundamental que os gerentes das instituições estejam convencidos dos benefícios para o paciente, instituição e Enfermagem, inclusive dos riscos que a clientela fica exposta com inadequação do quadro de pessoal.

Gaidzinski et al. (2008); Nascimento et al. (2008) e Cruz e Almeida (2010) apontam que o sucesso desse instrumento metodológico e sua adoção no cotidiano profissional do enfermeiro podem ser alcançados pelo sistema *Primary Nursing*, ou seja, com a presença da enfermeira principal, uma vez que ficam sob sua coordenação os cuidados de enfermagem de maneira holística, avaliando os resultados da assistência realizada, tornando-se referência para o paciente e equipe de enfermagem e dando visibilidade a sua atuação. Além do que, favorece o envolvimento do corpo de enfermagem para a sistematização por existir lógica e integração de todos.

Corroborando Marquis e Huston (2010) destacam que número adequado de profissionais enfermeiros proporciona aumento da qualidade assistencial e reduzem eventos adversos, fato esse que converge com os discursos dos sujeitos:

*(...) seria importante (...) enfermeira responsável e uma assistencial (...) era mais fácil (...) (IV-3)*

*(...) ter mais enfermeiras (...) falta de funcionários (...) ter enfermeira supervisora, a sua enfermeira assistencial (...) (VI-3).*

Durante o período que atuei na unidade de internação, observei e compartilhei com as gerentes de enfermagem e demais enfermeiros, durante nossas reuniões mensais que quando contávamos com a presença de enfermeiros período integral, era visível a qualidade do cuidado, a satisfação do trabalho em equipe e da garantia de continuidade da SAE, com todas suas etapas, mas essa situação era efêmera.

Destarte outro ponto vivenciado pelo déficit de enfermeiros e muito discutido em reuniões era que deveríamos ter enfermeira responsável pela gestão de resultados e outra pela assistência, com trabalho compartilhado, uma vez que o foco sobre gestão é diferenciado, como destacado por Zanon (2001) e compartilhado e extraído das falas dos sujeitos desse estudo:

*(...) enfermeiro assistencial todas as manhãs (...) (III-1-2)*

*(...) não tem enfermeiros (...) teria que ter enfermeira assistencial (...) dar uma continuidade (...) (IX-2).*

Além disso, pelo referencial estabelecido na Resolução COFEN nº 293/2004, tínhamos conhecimento que o dimensionamento de recursos humanos estava incompatível para a prática assistencial humanizada e segura na nossa instituição e pelos indicadores assistenciais e de produção como Satisfação da clientela interna e externa, queda de pacientes do leito, presença de úlceras por pressão entre outros ficava evidenciada a inadequação quanti-qualitativa do quadro de profissionais de Enfermagem (COFEN, 2004).

Diante desse elemento comprobatório do déficit de pessoal, nossos gerentes autorizaram o pagamento de horas extras, o que gerou sobrecarga de trabalho e consequentemente observamos o estresse, baixo controle emocional, frequente conflito interpessoal, redução da atenção e isso poderia levar às falhas assistenciais.

Marquis e Huston (2010) apontam que pagamento de horas extras é o último recurso para adequar o quadro de pessoal e não pode ser considerado como procedimento funcional.

Destarte, a **rotatividade dos enfermeiros assistenciais** também está inserida no subtema **Desafios**.

Lamentavelmente convivíamos com a rotatividade dos enfermeiros, que chamávamos de enfermeiros assistenciais, o que nos causava limitações na operacionalização diária da SAE para todos os pacientes, nos conduzindo a classificação do paciente, segundo sua complexidade assistencial para aplicação desse instrumento.

Concordava na época com nossas gerentes de enfermagem que o déficit de enfermeiros impossibilitava a permanência em todas as unidades de internação, havendo necessidade de priorizar o cuidado de acordo com o perfil da clientela.

Uma triste realidade da Saúde brasileira, assim como da instituição do estudo que pelo déficit de recursos humanos, não há enfermeiros no período de vinte e quatro horas em todas as enfermarias. Diante disso, as prescrições médicas incluem cuidados de enfermagem.

Contudo era uma situação que causava desmotivação para todo corpo de enfermagem, além da quebra de vínculo entre enfermeiros, paciente e equipe interdisciplinar e em muitas vezes não respeitando as particularidades de cada seção, inclusive tornava difícil para os enfermeiros compartilharem a avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem, atendendo as exigências da Reitoria.

Marquis e Huston (2010) apontam que a alocação de pessoal segundo a complexidade assistencial dos pacientes internados na instituição pode ser adotado desde que envolva todos os profissionais para estabelecer confiança mútua, com avaliação periódica da situação adotada. Uma vez que na ausência de consistência esse sistema porque acarretar desmotivação profissional e ter resultados desfavoráveis ao paciente que será cuidado por profissionais diferentes sem criar o elo de confiança e respeito importantes no ato de cuidar.

Tristemente muitos pacientes internados nos fins de semana e feriados e classificados pelo SCP como cuidados intermediários e mínimos, não eram atendidos com a utilização do instrumento metodológico, o que gerava registros de enfermagem baseados no modelo biomédico, sendo evidenciada a dificuldade como revelado pelo sujeito:

*(...) difícil (...) falta de funcionários (II-2).*

Destarte, concordo com Bork et al. (2003) que, a rotatividade de enfermeiros entre as seções resulta em redução do desenvolvimento individual desse profissional e frustra a otimização da equipe.

*(...) a rotatividade é muito alta (...) (VIII-1).*

Por outro lado, Bork et al. (2003), salientam que o gerenciamento com a participação de todos, tem alguns fatores positivos, entre eles: melhor flexibilidade, maior autonomia, menor rotatividade de profissionais, porque esses se sentem motivados e informados por trabalharem sob orientação, supervisão e coordenação de gerente eficiente.

Outro fator considerado dentro do subtema **Desafios da SAE** foi à ***interrupção durante a operacionalização da SAE*** pelos enfermeiros participantes do estudo.

Observava no meu cotidiano, que o déficit de recursos humanos causava falta de tempo para a realização da sistematização pelas inúmeras interrupções durante o processo, entre elas: internações em caráter de urgência, pedidos de consertos em geral, médicos solicitando a participação na visita diária, liberação de leitos, agendamento para internações eletivas ou transferência de pacientes, colaboradores justificando ausência, paciente/famíliares pedindo orientações, outros profissionais querendo discutir condutas.

Diante do diagnóstico dos nós críticos no meu cotidiano profissional, aperfeiçoei algumas estratégias como: reuniões com o corpo de enfermagem

explicando e resgatando a importância da SAE, esclarecendo situações relevantes para interromper o Processo, proporcionei mais autonomia para a secretaria resolver problemas como: pedido de consertos em geral, anotar informações sobre transferência de pacientes, agendamento para internações eletivas, anotação de recados para posterior retorno.

Contudo, ainda vivenciei situações que o raciocínio para julgamento crítico e o registro eram interrompidos, me obrigando a finalizar posteriormente.

Marquis e Huston (2010) apontam que ambiente privativo, preferencialmente com portas fechadas proporciona privacidade e evita interrupções durante a operacionalização do Processo de Enfermagem, porque interrupções geram tensão situacional e insatisfação.

Destarte, compartilho com sujeitos desse estudo, conforme fala desvelada:

*(...) às vezes, começo num horário e vou terminar umas duas horas depois (...) nem sempre você consegue parar e ir fazendo direitinho (...) (VIII-1).*

Vale apontar que, durante nosso curso de graduação de Enfermagem e pela imaturidade pessoal e profissional não observamos a realidade dos nossos ambientes hospitalares, com a complexidade da gradação dos pacientes e a rara presença do enfermeiro assistencial, colaborando com a supervisão, organização e planejamento assistencial e do serviço, para mantermos a qualidade dos cuidados prestados.

Dessa forma, Santos e Padilha (2005) destacam a preocupação constante pelo conflito vivenciado entre o que deveria fazer e o que realmente fizemos, além dos sentimentos de raiva e impotência mencionadas pelos enfermeiros, intensificados pela responsabilidade e medo por falha cometida, fato esse extraído do discurso:

*(...) essa interrupção, eu sinto raiva (...) quebra todo meu elo, (...) meu pensamento (...) concentração de tudo (...) (III-6).*

Dessa forma pude avaliar que ao realizarmos a passagem de plantão identificamos verbalmente cada paciente na sua individualidade, com seus diagnósticos clínicos, suas necessidades e particularidades e orientamos os membros da nossa equipe sobre a assistência a ser prestada, participamos em inúmeras vezes diretamente dessa prestação de cuidados e finalizamos uma avaliação do paciente e tristemente não nos atentamos que isso é o Processo de Enfermagem e não tornamos nosso trabalho registrado e visível.

Além disso, não percebemos que, diariamente repetimos as mesmas ações, seguimos uma rotina e que isso faz parte de um método científico que sustenta nossa rotina assistencial.

A segunda categoria temática que ficou evidenciada refere-se aos **SENTIMENTOS DOS PROFISSIONAIS NO DESENVOLVIMENTO DA SAE.**

As falas revelam o sentimento dos enfermeiros, participantes desse estudo quanto à prática da sistematização na sua vida diária, trazendo os sentimentos díspares do cotidiano profissional, conforme expressam os sujeitos:

*(...) sensações ruins (...) frustrada (...) senti motivada (...) meu sentimento é de derrota (...) (II-8).*

*(...) frustrada (...) confiam plenamente em mim (...) gosto muito do que faço (...) de coração, de corpo e alma, eu sou feliz (...) com todas as dificuldades (...) me sinto feliz com todos esses desafios (...) eu falo disso e até me emociono (...) (III-6).*

A fala supracitada explicita a realidade da Enfermagem, que envolve a essência humana entre o cuidador e aquele que recebe o cuidado, na maioria das situações deixando-nos o questionamento sobre quem mais ganhou nessa interação, pois como citado por Oliveira e Spiri (2011, p.551) “as intervenções de enfermagem são sempre baseadas nas relações interpessoais.”

A frustração vivida pelas dificuldades enfrentadas para a operacionalização da sistematização diária, a satisfação por reconhecer a confiança recebida pela equipe médica e pelos membros da sua equipe, a felicidade sentida pela profissão exercida, ficaram evidenciadas pela fala emocionada e contagiante dos sujeitos da pesquisa.

Oliveira e Spiri (2011) em seu estudo observaram que os enfermeiros vivenciam felicidade, satisfação e gratificação quando o resultado das intervenções realizadas proporciona recuperação do paciente, ao considerar que a assistência é pautada em conhecimento técnico científico, o que possibilita a tomada de decisões com competência e reconhecimento da equipe.

Para Teixeira, Paim e Santo (2004) e Casafus, Dell’Acqua e Bocchi (2013) os enfermeiros vivenciam no seu cotidiano os conflitos de sentimentos, entre o respaldo legal da nossa Lei do Exercício Profissional e a falta de condições para sua execução e essa dissonância direciona à divergência, transformando a aplicabilidade da metodologia de forma distorcida e se preocupam pela qualidade assistencial.

Corroborando Oliveira e Spiri (2011) destacam que os enfermeiros convivem com angústias intensas entre a necessidade de conhecer e manusear equipamentos, administrar relações de fragilidade com pacientes e familiares, atuar com autonomia e auto-reflexão, convergindo como que foi extraído dos discursos:

*(...) sinto mal (...) chateada (...) relapsa (...) triste (...) eu não me culpo (...) (V-5).*

*(...) frustração (...) faltou alguma coisa (...) sinto bem (...) (IX-3).*

Fica evidenciado que os profissionais de enfermagem desfrutam de satisfação em trabalhar, mas manifesta sua sensação de frustração e preocupação pelo que deveria e poderia ter feito e a cobrança pela falta da realização, fato esse também relatado por Santos e Padilha (2005); Salomé, Martins e Espósito (2009) e Casafus, Dell'Acqua e Bocchi (2013).

Notei que afastar-se da atividade assistencial e do ato de promover esse cuidado, causa sentimentos de desconforto para os sujeitos.

Corroborando Oliveira e Spiri (2011); Kurcgant et al. (2012) e Casafus, Dell'Acqua e Bocchi (2013) destacam essa situação de dualidade, frustração e sofrimento que os enfermeiros vivenciam no cotidiano profissional entre assumir o que pode ser feito e aquilo que deve ser realizado, reforçando as percepções desconstruídas e transcritas abaixo:

*(...) sinto muito angustiada (...) me cobro (...) nervosa (...) (VI-5).*

*(...) frustrada (...) cobrança (...) em cima de nós (...) (VIII-4).*

A satisfação no trabalho contribui para baixa taxa de absenteísmo, alta produtividade, qualidade dos serviços prestados, e para isso é necessário que os profissionais gostem da profissão, então sentirão alegria e prazer com sua vida profissional (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011).

Por outro lado Oliveira e Spiri (2011) ressaltam que, o trabalho nas unidades de terapias intensivas apresenta alta rotatividade por demissão em busca de qualidade de vida e conseqüentemente, sobrecarga de trabalho para suprir o déficit de recursos humanos.

Para Melo, Barbosa e Souza (2011) e Oliveira e Spiri (2011), os sentimentos vivenciados na prática profissional podem variar de acordo com fatores extrínsecos, como remuneração, clima organizacional, políticas institucionais, sobrecarga de trabalho, falta de incentivo, escalas difíceis, dificuldades para participação em cursos, eventos entre outros.

Regis e Porto (2011) e Oliveira e Spiri (2011) evidenciam que, os profissionais de enfermagem ao se sentirem satisfeitos e motivados prestarão cuidados de qualidade, suprimindo as necessidades do paciente e ressaltam a importância da saúde do trabalhador, tendo interferências negativas pelas condições político organizacional da instituição. Assim, apontam que os gerentes dos serviços de enfermagem podem adotar estratégias para diminuir a carga de estresse, desenvolver e respeitar as potencialidades de cada profissional da equipe e considerar as necessidades pessoais na confecção das escalas, como desvelado pelo sujeito:

*(...) sinto que está faltando alguma coisa (...) inútil (...) estou mais tranqüila (...)* (IV-4).

Corroborando Kurcgant et al. (2012) destacam as inúmeras pressões experienciadas pelos enfermeiros para o desempenho profissional satisfatório, envolvendo desde as decisões assertivas a beira de leito a situações mais complexas.

Enquanto Almeida et al. (2001) apontam a necessidade do planejamento das nossas ações interagindo os problemas levantados e os resultados esperados, nos preparando para imprevistos do cotidiano.

O enfermeiro ao operacionalizar a sistematização sente motivação para seu aprimoramento científico e satisfação pela segurança e autonomia no processo assistencial.

A terceira categoria temática evidenciada refere-se ao **PROCESSO GERENCIAL E A SAE**.

O gerenciamento, compreendido como uma das dimensões do processo de trabalho da enfermagem é executado privativamente pelo enfermeiro e tem raízes na conformação histórica da força de trabalho em enfermagem, cuja característica é a divisão técnica e social do trabalho.

O processo de trabalho gerencial tem como objeto os agentes do cuidado e os recursos empregados no assistir em enfermagem e, como agente, o ser humano que transforma esse trabalho intervindo no objeto, com a capacidade de gerar um serviço ou produto. Incluindo ainda, como instrumentos, as bases ideológicas e teóricas de administração e a prática de gerenciamento de recursos e, como finalidade, a coordenação do processo de trabalho assistir em enfermagem (SANNA, 2007).



Os constituintes desse processo de trabalho se efetivam no exercício das dimensões técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento de cidadania (KURCGANT, 2012).

No entanto o processo gerencial de enfermagem pauta-se ainda por uma racionalidade gerencial que enfatiza os pressupostos das teorias da administração clássica, científica e burocrática que fortemente influencia o trabalho da enfermagem e que foi referido pelos sujeitos dessa pesquisa:

*(...) tem muita parte burocrática (...) o enfermeiro é sobrecarregado (...) (VI-2).*

A palavra burocracia foi criada no século XVII por Jean Claude Marie Vicent a partir da palavra *bureau* (origem francesa) que corresponde a escritório e *kratia* (origem grega) que significa poder, porém houve distorções, ganhando conotação pejorativa de ineficiência organizacional e lentidão pelos trâmites administrativos, uma vez que desconsiderava as necessidades humanas por seguir os conceitos de Max Weber, o pioneiro em analisar e sistematizar os princípios administrativos (MIGOTT; GRZYBOVSKI; SILVA, 2001).

O modelo burocrático apresenta como características a estrutura hierárquica, papel definido de cada profissional, normas reguladoras. A divisão do trabalho e o reconhecimento pela excelência na realização dos serviços buscam maior rendimento e os profissionais acabam na maioria das situações priorizando o regulamento mais do que o cliente (MIGOTT; GRZYBOVSKI; SILVA, 2001; MATOS; PIRES, 2006; KURCGANT et al., 2012).

Corroborando os enfermeiros assumem um papel muito mais voltado para questões burocráticas e administrativas, resoluções de problemas que na maioria devem ser atribuídos a outro profissional, se sobrecarregando de funções que fogem da sua competência (PIVOTTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004).

Concordo com Prochnow et al. (2007) que inicialmente o enfermeiro assume muitas atribuições, além da sua disponibilidade e se sente realizado por isso, posteriormente à fase inicial a sobrecarga de trabalho desencadeia cansaço físico e psicológico e atividades simples causam insatisfação. Tal situação evidencia o conflito da sua rotina diária entre o gerenciamento e a assistência.

Portanto, delimitar os papéis de cada profissional da equipe evita sobrecarga de trabalho e conseqüentemente situações geradoras de estresse (SAAR; TREVIZAN, 2007).

Destarte notei que esse ponto da sobrecarga de trabalho que desencadeia vários sentimentos e emoções, também pode ser abordado na segunda categoria temática que trata dos **SENTIMENTOS DOS PROFISSIONAIS NO DESENVOLVIMENTO DA SAE** e essa sobrecarga pode ser evitada com os protocolos institucionais que devem se revisados e atualizados.

A burocracia empregada na área da Enfermagem pode ser avaliada por dois prismas, um favorável que implica na definição de papéis dos profissionais, o que gera motivação e estimula a criatividade, e o desfavorável quando normas, rotinas e regulamentos tornam-se mais expressivos do que a satisfação das pessoas, resultando em atitudes mecanicistas, robotizadas, impedindo a eficiência e eficácia organizacional (MIGOTT; GRZYBOVSKI; SILVA, 2001).

O excesso de formalismo, apego aos atos normativos, o conformismo, os registros de enfermagem lacônicos, reuniões intermináveis, prioridade aos ritos de preenchimento de papéis são influências negativas da Teoria da Burocracia, além do emprego da tecnoburocracia, enfatizando controle mecânico das atividades, ações adotadas pelos enfermeiros ao exercerem o papel gerencial (FERRAZ, 2000; MIGOTT; GRZYBOVSKI; SILVA, 2001). O sujeito desvela:

*(...) quantidade muito grande de serviço burocrático (...) mesa cheia de papel (...) muita cobrança (...) da própria instituição (...) (I-7)*

A importância da mudança no processo gerencial de uma instituição hospitalar envolve os gestores em todos os seus diversos níveis, descentralizando as decisões da direção para todos os demais, propiciando aos servidores a participação do planejamento de suas ações como sujeitos da gestão do hospital, implantando o prontuário integrado, os protocolos operacionais padrão e o sistema de avaliação de risco, organizando e definindo os papéis de todos os profissionais da equipe multiprofissional, envolvendo usuários internos e externos e os familiares para fortalecer a gestão cotidiana do cuidado. Enfatizando os cuidados integrais, a gestão participativa, a redução de níveis hierárquicos, o trabalho em equipe, a educação no trabalho como apontam Cecílio e Mendes (2004) e Matos e Pires (2006).

As funções gerenciais exercidas pelo enfermeiro tornam-se confusas e distantes do usuário, acarretando experiências com conflitos e incertezas, interferindo na qualidade do cuidado prestado e enfatizando ações que podem ser delegadas. O enfermeiro não assumiu o gerenciamento do cuidado tendo como foco

a utilização do seu conhecimento administrativo e o envolvimento do paciente e demais profissionais na assistência e na gestão e isso interfere diretamente na sua rotina assistencial e diverge com o que se espera da sua atuação no cuidado direto e indireto (TREVISAN et al., 2002; ROSSI; LIMA, 2005; CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012; CASAFUS; DELL'ACQUA; BOCCHI, 2013). A fala expressa:

*(...) o gerenciamento de enfermagem têm muitas funções (...) tem a parte administrativa (...) (VII-2).*

Concordo que o enfermeiro deve refletir sobre as atribuições legítimas do gerente e a assistência de enfermagem, porque assumimos inúmeras atividades e julgamos ser importante resolver e solucionar todos os problemas identificados, tornando-nos administradores de recursos humanos, processos e ferramentas, contudo não nos damos conta que essas ações nos afastam do paciente, como abordam Nóbrega et al. (2008) convergindo da fala textualmente copiada:

*(...) carga administrativa é grande (...) (IV-2).*

Observei a importância dada à atividade administrativa pelos sujeitos do estudo, o que torna preocupante, porque visando cumprir as exigências institucionais que, na sua maioria, poderiam ser otimizadas ou delegadas para outro profissional, o enfermeiro afasta-se da ação cuidativa, delegando-a aos técnicos e auxiliares de enfermagem.

O gerenciamento de enfermagem que norteia a assistência deixa de ser considerado como atividade meio do enfermeiro.

Fica evidenciado que o enfermeiro concretiza seu trabalho em dois diferentes processos, o processo cuidar e o administrar, expressando a divisão do trabalho e se afastando da concepção que a gerência é a ferramenta do processo cuidar, confirmando que as ações da enfermeira fluem para gerência do cuidado de enfermagem como destacam Kurcgant et al. (2012); Christovam, Porto e Oliveira (2012) e Casafus, Dell'Acqua e Bocchi (2013).

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, Lei nº 7.498/1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/1987 (Brasil, 1986; 1987) no seu art. 8º, alínea c: “planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem”, converge com a fala do sujeito:

*(...) os problemas administrativos (...) tem que parar o que está fazendo e ir resolver (...) me ocupa (...) (VIII-3).*

Christovam, Porto e Oliveira (2012) destacam que os termos administrar e cuidar ao mesmo tempo em que se opõem, se complementam e se aproximam. Então o enfermeiro ao realizar a gerência do cuidado de enfermagem se utiliza como ferramentas gerenciais as etapas do processo administrativo: planejamento, execução, avaliação e controle e como instrumentos gerenciais: coordenação, supervisão, comunicação, observação e delegação.

Por outro lado, ressalta-se que ainda que as questões éticas façam parte do gerenciamento, sendo fundamental a sensibilização dos profissionais a essas questões. Destarte, a bioética permite a avaliação dos aspectos éticos, legais e sociais e o Processo de Enfermagem incrementa a qualidade assistencial, assim se complementam e se potencializam como citam Marquis e Huston (2010) e Almeida e Lucena (2011).

Dessa forma o enfermeiro ao se afastar da atividade assistencial justificando como desafios vivenciados a sobrecarga de atividades administrativas e a falta de tempo se esquece que a operacionalização do Processo de Enfermagem, que é um instrumento para tomada de decisões, contempla os referenciais teóricos da ética, uma vez que respeita o princípio da beneficência pelo atendimento sistematizado. Suas etapas ao serem registradas proporcionam transparência e continuidade assistencial, garantindo o bem ao paciente (MARQUIS; HUSTON, 2010; ALMEIDA et al., 2011).

Destaca-se que pelo princípio de respeito às pessoas se avalia a autodeterminação, veracidade, confidencialidade e voluntariedade nos registros de enfermagem. O princípio de justiça evita a discriminação, devendo tratar os iguais de forma igual e os desiguais pelas suas diferenças. Enquanto os direitos humanos incluem os direitos individuais como a liberdade, privacidade e não discriminação. Os transpessoais usados para elaborar as leis. Os coletivos (direitos de todos) referem-se à saúde, educação e assistência social, segundo Marquis e Huston (2010) e Almeida e Lucena (2011).

Contempla-se ainda o referencial das virtudes, que diz respeito aos traços do caráter de uma pessoa, sendo importante na execução do Processo de Enfermagem e o referencial da alteridade que reconhece a presença da corresponsabilidade na interação paciente e profissional. O princípio da dignidade humana e o direito dos cidadãos são usados para humanizar a assistência de enfermagem, como descrevem Marquis e Huston (2010) e Almeida e Lucena (2011).

Inclui também o referencial teórico moral, que se justifica pelo respeito ao cidadão e a não aplicação do Processo de Enfermagem ser passivo de censura.

Corroborando Marquis e Huston (2010) e Kurcgant et al. (2012) referem que as condições onde a assistência é realizada na maioria ocorrem em situações de risco, devendo considerar vários fatores na dimensão ética: o poder de interferência dos profissionais sobre o usuário, a precariedade do sistema de saúde, a pluralidade moral da sociedade, a vulnerabilidade dos usuários, entre outros.

Destarte, “os princípios de raciocínio ético investigam e definem as crenças e os valores que formam a base para tomada de decisão,” (Marquis e Huston, 2010, p.109).

Para Kurcgant et al. (2012) e Tannure e Pinheiro (2013) o planejamento é um método de ação considerado um processo contínuo e importante no processo gerencial de trabalho.

Dessa forma para evitarmos tal situação cabe ao enfermeiro a comunicação como parte essencial das suas atividades administrativas como destacado por Zanon (2001); Marquis e Huston (2010) e Kurcgant et al. (2012) assim como para melhor gerenciar as funções de gestão e assistência deve planejar seu dia para administrar com eficiência, controlando desperdício de seu tempo com a sobrecarga de papel, como apontam Marquis e Huston (2010) convergindo da fala traslada:

*(...) consigo dar conta do administrativo (...) são coisinhas que tomam muito seu tempo (...)* (V-6).

Concordo que o gerenciamento de tempo é habilidade que aprendemos com a prática. Há algumas sugestões para melhor aproveitarmos nosso tempo como: avaliarmos as tarefas planejadas e seguir a lista das prioritárias; identificar e reunir todos os materiais antes de iniciarmos uma tarefa; planejar intervalos periódicos no dia de trabalho; interromper pessoas que usam de sofismo; evitar a socialização; ler as correspondências assim que receber, como descrevem Marquis e Huston (2010), convergindo com a fala extraída do discurso:

*(...) parte administrativa eu deixo tudo para o período da tarde (...)* (IX-4).

Para Marquis e Huston (2010) a falta de planejamento diário das atividades faz com que os profissionais tomem decisões irrelevantes e assumam atividades insignificantes substituindo as tarefas importantes.

Na minha reflexão os sujeitos da presente pesquisa não tinham suas metas e prioridades identificadas, porque demonstraram que não disponibilizaram de tempo

no início de seu dia para o planejamento diário das suas atividades, então não souberam gerenciar seu tempo na realização de tarefas prioritárias da sua vida profissional como a operacionalização do Processo de Enfermagem.

A adoção de inventário de tempo auxilia os profissionais às mudanças de comportamento e conseqüentemente evitam situações de desgaste emocional, falta de satisfação; desmotivação, redução de custos e maior produtividade, como citam Marquis e Huston (2010).

Além disso, observará que o excesso de papelada é desnecessário, divergindo da fala textualmente copiada do discurso:

*(...) tem muita papelada (...) carga de atividades de papel (...) (II-4).*

A atividade administrativa está diretamente atrelada às raízes da nossa profissão, onde se valorizava o poder de status e domínio, entre quem manda e quem executa, impondo a fragmentação do cuidado como apontam Prochnow et al. (2007).

A forma como os sujeitos da pesquisa abordam a função gerencial me reportou ao modelo autoritário de gerenciamento, ou seja, caracterizado pelo *ethos* autoritário se destacando às relações de dependência onde se busca provisão de recursos materiais e humanos, controle de estoque, elaboração de escalas de atividades, supervisão das intervenções realizadas pelos membros da equipe, fragmentação das atividades e impessoalidade. Porém qualquer demonstração de criatividade é tolhida e conseqüentemente isso causa desmotivação e frustração, como abordam Mendes et al. (2007) e Casafus, Dell'Acqua e Bocchi (2013).

Felizmente os enfermeiros estão reagindo a esse modelo e adotando o gerenciamento pautado no *ethos* democrático e nas relações de interdependência, onde retrata a cooperação, co-responsabilidade, cidadania, trabalho integrado, compartilhado e articulado entre todos os profissionais responsáveis pelo paciente tanta na ação cuidativa quanto na solução de problemas, como descrevem Mendes et al. (2007).

Os sujeitos da pesquisa destacam a resistência para trabalhar unindo a assistência e gerência no seu cotidiano ao analisar pela ótica da integralidade entre serviço, assistência, pesquisa e ensino e destacar seu papel articulador dentro do sistema, fato esse também apontado por Resck e Gomes (2008) e Guerra et al. (2011).

A dificuldade enfrentada pelos sujeitos da pesquisa para integrar o trabalho da gerência com o da assistência pode ter como origem a falta de articulação entre o enfermeiro docente-supervisor de estágio e o responsável pela unidade de internação durante nosso estágio de Administração do curso de graduação de Enfermagem o que reflete na vida profissional.

Esse fato também foi considerado importante uma vez que o ensino oferece pouca ênfase na parte gerencial, o que resulta em visão distorcida para os egressos, confirmando que a deficiência de ensino repercute na qualidade da formação e no exercício da Enfermagem como destacam Resck e Gomes (2008) e Takahashi et al. (2008).

***SÍNTESE***



## 6. SÍNTESE

Ao encerrar o desvelamento do fenômeno do significado da percepção quanto à operacionalização diária da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) pelos enfermeiros supervisores técnicos de enfermagem no seu cotidiano profissional, observei que os depoimentos produziram idiosincrasias, convergências e divergências, o que possibilitou de maneira limitada compreender o mundo desses colegas e do meu próprio mundo.

A compreensão limitada tem como causa as possibilidades indescritíveis que o homem apresenta pela sua própria natureza racional e pela sua maneira reflexiva e única de enxergar o mundo em toda sua dimensão, incluindo seus valores, desapontamentos, emoções, formação ideológica, cultural, religiosa, ou seja, pela sua própria essência do ser.

Os temas que foram desvelados durante os depoimentos evidenciaram que os enfermeiros tinham clareza que para operacionalização da SAE como instrumento metodológico subentende-se a realização das cinco etapas estabelecidas pelo método científico que é o Processo de Enfermagem.

Dentro do subtema **Etapas da SAE** foram abordados também outros assuntos que emergiram dos discursos como: **registro formal, gradação da complexidade assistencial e impresso.**

Na primeira etapa da SAE que é a **Coleta de dados**, os sujeitos revelaram dificuldades na realização e registro do exame físico. Considero que a baixa adesão dessa etapa esteja atrelada a implantação desse instrumento metodológico sem o envolvimento e participação coletiva dos trabalhadores de enfermagem e, assim como a identificação do real conhecimento sobre o assunto dando a falsa percepção de que se tratava de processo sofisticado gerando insegurança e o afastamento do paciente.

Por outro lado, os pesquisados reconheceram que durante essa etapa criou-se vínculo de respeito e confiança com o paciente e família, proporcionando a compreensão da complexidade humana, o desempenho da assistência individualizada e livre de decisões inapropriadas, esclarecimento de dúvidas por parte dos pacientes e familiares que, na maioria das vezes, não o fazem com seu médico e a possibilidade de identificação de patologias que não estavam claras previamente.

Em relação à segunda etapa que é o **Diagnóstico de Enfermagem** os enfermeiros revelaram fragilidade de conhecimento para definirem diagnóstico, assim como escolher e relacionar as intervenções com o resultado desejado e o diagnóstico. Embora o impresso apresentasse os diagnósticos mais frequentes, pela insegurança optaram por não definirem outros diagnósticos. Fica evidenciado que a insegurança na Coleta de Dados interferiu nessa etapa. Contudo, houve enfermeiros que declararam terem identificado neoplasia ao exame físico, patologia não identificada pelo profissional médico.

Julgo que manter a lista de Diagnósticos de Enfermagem mais comumente identificados em cada unidade de internação e reuniões científicas periódicas proporcionaria familiaridade com os diagnósticos, motivação para ampliar conhecimentos e habilidades, escolher as intervenções conforme os resultados que se deseja alcançar, maior segurança para julgamento clínico, evitando decisões errôneas.

Lembrando que os Diagnósticos de Enfermagem devem ser revisados e alterados diariamente por considerarem as características imprevisíveis e humanas do paciente.

Os sujeitos revelaram que o **Planejamento de Enfermagem e a Implementação** fazem parte da sua rotina diária e apontaram a necessidade de dividir o número de pacientes entre os três turnos para contemplarem todos os pacientes.

Demonstrando assim controvérsia, pois abordaram que não realizaram as etapas anteriores por insegurança, mas afirmaram que prescrevem as intervenções de enfermagem cotidianamente e não o fariam de maneira mecanicista.

Destacaram ainda que auxiliares e técnicos de enfermagem em muitas situações realizam os cuidados de maneira empírica, por fazer parte da rotina profissional. Por outro lado, salientaram que esses profissionais reconhecem a importância de checar e registrar suas ações.

Dessa maneira vale salientar que, os cuidados prescritos devem conter fundamentação científica e envolver todos os profissionais de enfermagem para evitarmos intervenções de rotinas pré-estabelecidas ou do domínio dos membros da equipe e com pouca fundamentação científica, o que induz ao não cumprimento da mesma.

Quanto à última etapa que é **Avaliação de Enfermagem** os sujeitos revelaram que a operacionalização da SAE era realizada diariamente de maneira sumarizada. Entretanto, a falta de envolvimento de todos da equipe de enfermagem e a forma resumida contradiz o referencial desse instrumento metodológico.

Uma vez que nessa etapa registra-se as respostas do paciente à assistência prestada, demonstrando que todas as fases se interagem, momento que pode-se detectar a satisfação do paciente com a qualidade do cuidado prestado e a forma como o enfermeiro direciona sua equipe para uma ação reflexiva e crítica.

Contudo, os sujeitos apontaram fatores favoráveis que não tiveram adesão na Instituição como a distribuição das etapas de Implementação e Avaliação de Enfermagem entre os enfermeiros dos turnos manhã, tarde e noturno e o **registro das ações de enfermagem**, mesmo considerando que proporciona visibilidade e reconhecimento profissional.

Entretanto, a **gradação da complexidade assistencial** auxiliou para identificar as características da clientela e priorizar os pacientes para prestação de cuidados sistematizados.

Por outro lado o **impresso** da SAE foi considerado um bom instrumento com pontos positivos, entre eles: fácil visualização, facilidade no preenchimento, redução de tempo, garantia da documentação de toda assistência prestada. Em contrapartida os pontos negativos referem-se à resistência na total adesão por considerarem precários, grande volume de papéis para preenchimento, inviabilidade de um impresso único pelas particularidades das unidades de internação e supressão do impresso de exame físico considerando que esses dados deveriam ser registrados na avaliação de enfermagem.

Dentro do subtema **Fortalezas da SAE** ficaram evidenciados alguns pontos, entre eles: **a importância da implantação e realização da SAE, importância da valorização e reconhecimento dos membros da equipe de enfermagem e da interação entre assistência e docência.**

Dessa forma, a **importância da implantação e realização da SAE** foi um aspecto que apresentou convergência por garantir assistência diária individualizada e planejada, evitar a prática da enfermagem fragmentada, proporcionar planejamento de recursos humanos, científicos e materiais, para reduzir erros e perda de tempo. Foram reconhecidas como elementos primordiais a seriedade, responsabilidade e concentração para a operacionalização da SAE.

Assim, **valorizar e reconhecer os membros da equipe de enfermagem**, também apresenta pontos convergentes pela relevância do envolvimento de todos na operacionalização da SAE e o respeito aos seus limites. O envolvimento e reconhecimento dos profissionais no planejamento da ação cuidativa, impulsionam a mudança comportamental, o verdadeiro trabalho de equipe, a valorização e cumprimento dos cuidados prescritos e a satisfação pelos resultados obtidos. Salientando que a equipe médica e outros profissionais de saúde se norteiam pelos registros de enfermagem para tomadas de decisões, comprovando assim um trabalho com perspectiva multiprofissional e reforçando o valor do trabalho da enfermagem.

Além disso, foi reconhecido que a **interação entre assistência e docência** durante a implantação e implementação da SAE viabilizam processos de capacitação, reuniões científicas e debates pautados em práticas baseadas em evidências para aprimorar e adquirir conhecimentos científicos, compartilhar conhecimentos e experiências, desenvolver protocolos institucionais, definição clara de papéis e responsabilidades de cada categoria profissional, proporcionando segurança na realização da SAE. Contudo, foi apontado à falta de participação dos docentes do Departamento de Enfermagem e a relação deficitária entre esses e os enfermeiros assistenciais.

Outros aspectos desvelados foram abordados dentro do subtema **Desafios da SAE** entre eles: **questão cultural; resistência; modelo biomédico; particularidade de cada serviço e a alta rotatividade de pacientes; inadequação da planta física; falta de tempo; de treinamento e capacitação; déficit de recursos humanos; rotatividade de enfermeiros; interrupção durante a operacionalização da SAE.**

Comprovando que a **questão cultural** está vinculada a necessidade da mudança organizacional e pode ser desencadeada com processos participativos para sensibilizar o corpo de enfermagem para o sucesso e fortalecimento dessa mudança.

Quanto à **resistência** para implantação e operacionalização da SAE foi desencadeada por alguns fatores entre eles: falta de participação e envolvimento de todos os profissionais de enfermagem; não se pesquisou para saber o real conhecimento que todos tinham sobre a SAE; não se proporcionou troca de experiências e reuniões para atualização e aprimoramento científico; não foram

avaliadas as reais condições de cada unidade de internação, inclusive os sujeitos revelaram que realizavam a SAE pela imposição.

Ficou evidenciada a falta de adesão dos enfermeiros quanto à operacionalização da SAE que orienta o planejamento da assistência de enfermagem, auxilia na estruturação e organização do serviço e direciona a equipe nas ações que necessitam desempenhar, fortalecendo a cientificidade da Enfermagem e o espaço do enfermeiro dentro da instituição, superando o **modelo biomédico**.

Demonstrando ainda que, a **particularidade de cada serviço e a alta rotatividade de pacientes** induz a adoção do modelo biomédico, ao considerarmos a intensa rotina diária nas unidades de internação pela alta demanda assistencial e a alta rotatividade de pacientes, fato que poderia ser refletido com a mudança da cultura organizacional e a alteração de rotinas institucionais, como por exemplo, o estabelecimento de horário de internações eletivas. Esse modelo é reforçado pela atitude dos enfermeiros, inclusive pelos enfermeiros do serviço noturno, que referem ser inviável a realização das etapas da SAE pela relação existente entre o quantitativo de enfermeiros e o número de pacientes.

Destacando também que, as unidades de internação não disponibilizam de local apropriado e privativo tomando-se como rotina a realização da SAE no leito do paciente, emergindo que havia **inadequação da planta física**.

Outro marco unânime para baixa adesão da sistematização foi à **falta de tempo** evidenciando que os enfermeiros não conseguem realizar a SAE durante as oito horas diárias, permanecendo além do seu horário de trabalho. Demonstrando a falta de planejamento diário e definição das atividades rotineiras que podem ser delegadas e as prioritárias e primordiais que são privativas do Enfermeiro.

A **falta de treinamento e de capacitação** foram apontadas como geradores de insegurança e desmotivação para adesão e prática da SAE, pelas dificuldades para realizar o exame físico, definir diagnóstico e trabalhar com as etapas desse instrumento que se interagem e complementam.

Destaco que reuniões científicas, estudos de caso, aulas expositivas, grupos de estudos são elementos essenciais para capacitação e atualização técnica e científica do corpo de enfermagem, no período que antecede, durante a implantação e implementação, dessa metodologia, inclusive para que os profissionais se sintam valorizados e reconhecidos.

Outro aspecto destacado por unanimidade pelos sujeitos refere-se ao **déficit de recursos humanos** considerado elemento desencadeador da falta de tempo para adesão da prestação de assistência planejada e para retroalimentação da SAE.

Portanto, ficou evidenciado que a presença de enfermeiros período integral nas unidades de internação torna visível a qualidade assistencial, satisfação do trabalho em equipe e garante a continuidade da SAE.

Conseqüentemente o déficit de recursos humanos levou a **rotatividade de enfermeiros assistenciais** e limitações da SAE para todos os pacientes e para resolver essa situação houve a adoção do sistema de classificação de pacientes, o que possibilitava o direcionamento da assistência com o estabelecimento de prioridades para os pacientes classificados.

Contudo, era de conhecimento de toda hierarquia administrativa que a inadequação quanti-qualitativa do quadro de pessoal poderia induzir falhas assistenciais.

Dessa forma, outro fator desafiador e muito justificado pelo déficit de recursos humanos foi à **interrupção vivenciada pelos sujeitos** durante a operacionalização da SAE, acrescentando a indefinição de papéis dos profissionais pela falta de protocolos institucionais, ambientes inadequados, que não garantiam privacidade para realização da sistematização, causando sentimentos como: insatisfação, medo e raiva pela responsabilidade profissional não cumprida.

O segundo tema desvelado, o **SENTIMENTO DOS PROFISSIONAIS NA OPERACIONALIZAÇÃO DA SAE**, expressou sentimentos contraditórios do cotidiano profissional, ou seja, angústia e frustração sentidas pelas dificuldades enfrentadas para a realização da sistematização diária e a satisfação por reconhecer a confiança recebida pela equipe de enfermagem e médica, a felicidade pela profissão escolhida e a importância do exercício profissional.

Evidenciando que o enfermeiro se sente motivado para seu aprimoramento científico e satisfeito pela segurança e autonomia no processo assistencial.

A terceira categoria temática desvelada trata-se do **PROCESSO GERENCIAL DE ENFERMAGEM** considerando que o enfermeiro concretiza seu trabalho em dois processos o de cuidar e o administrar, sem perceber que a gerência é a ferramenta do processo cuidar.

Dá-se uma importante conotação à atividade administrativa justificando-se pelo cumprimento das exigências institucionais, que poderiam ser otimizadas ou delegadas para outro profissional.

Diante disso, o enfermeiro afasta-se da ação cuidativa, delegando-a aos demais membros da equipe de enfermagem, se esquecendo que o Processo de Enfermagem contempla os referenciais teóricos da ética e gerenciar o tempo, com o planejamento diário das atividades, são ferramentas primordiais para o desenvolvimento de atividades essenciais.

Fica claro a importância da aplicação da SAE em todas suas fases, da autonomia, cientificidade, atualização e aprimoramento profissional e da adoção das classificações dos termos de enfermagem CIPE, NANDA-I, NIC e NOC para subsidiar e nortear as tomadas de decisões e o raciocínio crítico para julgamento clínico. Destaca-se também a atuação do enfermeiro como elo da equipe multidisciplinar e paciente/família.

Os processos de educação permanente são fundamentais para desenvolver o conhecimento, competências e habilidades do corpo de enfermagem, com o acompanhamento periódico da prática do aprendizado e o incentivo para mudanças comportamentais.

Destarte pelo que foi desvelado pelos enfermeiros, percebe-se que as dificuldades pelas condições estruturais induzem a resistência da operacionalização do Processo de Enfermagem e adoção do modelo biomédico pela sobrecarga de trabalho e déficit de recursos humanos, causando insatisfação e frustração, sem notarem que não fazem parte da sua responsabilidade a solução desses desafios.

A literatura destacou que os termos administrar e cuidar ao mesmo tempo em que se opõem, se complementam e se aproximam. Essa complementaridade permite compreender que a finalidade da gerência é propiciar o cuidado, no entanto, muitas vezes existe uma dicotomia dessas ações, o cuidado, frequentemente exercido pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, e o gerenciamento exclusivamente realizado pelo enfermeiro, afastando o enfermeiro de sua finalidade principal que é o gerenciamento do cuidado.

Portanto, é fundamental que essas questões sejam refletidas pelos profissionais de enfermagem para a busca da autonomia pautada no conhecimento técnico-científico, comunicativo e ético-político.

*PROPOSTAS/RECOMENDAÇÕES*



## 7. PROPOSTAS/RECOMENDAÇÕES

Os participantes da pesquisa revelaram sua percepção sobre a SAE e o discurso da literatura corrobora e contradiz essa mesma percepção o que nos possibilita realizar algumas proposições.

Destarte, tenho como proposta apresentar os resultados as gerentes de enfermagem e enfermeiros do cenário da presente pesquisa com o intuito de contribuir para melhor nortear a implementação da metodologia assistencial no cotidiano do corpo de enfermagem, para que possam reavaliar as percepções reveladas, incluindo revisão desde a teoria adotada as etapas do método científico para melhor viabilizar o processo com o prontuário eletrônico do paciente, o que gera participação e envolvimento de todos e maior familiarização do conteúdo.

Sugerir reavaliação do programa de aulas, palestras, grupos de estudos, seminários introduzindo cronograma definido de data, horário, local e tema, abordando os aspectos e importância da operacionalização da SAE, sustentada por uma teoria de enfermagem, utilizando as etapas do Processo de Enfermagem e abordando reflexões dos aspectos éticos e legais de cada categoria profissional de Enfermagem.

Além disso, um trabalho permanente e periódico da educação com supervisão e orientação para que o conhecimento adquirido no processo educativo seja aplicado na assistência diária.

Propor que seja realizada e atualizada pelos supervisores técnicos de todas as unidades de internação a identificação e caracterização da clientela atendida, para auxiliar na adoção de critérios, modelos de gestão e metodologias pela Responsável Técnica do Serviço de Enfermagem, em conformidade com as condições de área física, recursos materiais e administrativos, equipamentos, planejamento orçamentário para o adequado dimensionamento de pessoal tanto qualitativo quanto quantitativo para qualidade e eficácia do cuidado prestado, contribuindo para mudança organizacional.

Destacar que: 1. Envolver os gestores e equipe de enfermagem e multiprofissional torna-se importante para mudança comportamental. 2. Compartilhar conhecimento entre os profissionais de enfermagem proporcionam segurança, autonomia e a garantia da qualidade assistencial. 3. A interação entre enfermeiras

docentes e assistenciais para implantação de grupos de estudo e de pesquisa contribuirá para o desenvolvimento da profissão e fortalecimento do espaço dos profissionais de enfermagem na instituição.

Embora o estudo apresente que os sujeitos participantes reconhecem e valorizam a importância da implantação e implementação do Processo de Enfermagem no seu cotidiano, destaca-se relevantes aspectos estruturais e organizacionais que se tornam desafios diários para os enfermeiros e que não estão sob sua total governabilidade, mas que podem exercer influência para a mudança, tais como: particularidades de cada unidade de internação, alta rotatividade dos pacientes, inadequação da planta física das unidades de internação, déficit de recursos humanos.

Também, com a presente pesquisa, evidencia-se que muitos desafios podem ser minimizados ou resolvidos, tendo como propostas: 1. Articular trabalho das enfermeiras docentes e assistenciais, com reuniões periódicas para aprimoramento do conhecimento técnico científico dos profissionais de enfermagem e realização e divulgação dos estudos. 2. Manter enfermeiras assistenciais fixas nas unidades de internação para proporcionar maior integração, familiarização com pacientes e equipe, facilitando o desenvolvimento do Processo de Enfermagem. 3. Construir, implantar e validar protocolos institucionais. 4. Revisar e adequar as rotinas institucionais com envolvimento dos responsáveis pelos serviços de apoio. 5. Inserir o Processo de Enfermagem no prontuário eletrônico do paciente. 6. Implantar o acompanhamento contínuo da equipe de enfermagem pela enfermeira da educação continuada nas unidades de internação. 7. Realizar estudo comparativo para demonstrar resultados positivos da operacionalização do Processo de Enfermagem e fortalecer sua adoção. 8. Revisar o instrumento pré existente, agregando enfermeiros que estudam o tema. 9. Ampliar a articulação entre as enfermeiras docentes e assistenciais além da participação da Comissão da SAE, para integração do conhecimento e experiência teórica e prática. 10. Focar treinamentos e estudos para suprir deficiência observada no acompanhamento pela enfermeira da educação continuada nas unidades de internação.

## REFERÊNCIAS

1. ABRÃO, A.C.F.V.; GUTIÉRREZ, M.G.R.; MARIN, H.F. Utilização do diagnóstico de enfermagem segundo a classificação da NANDA, para a sistematização da assistência de enfermagem em aleitamento materno. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 49-59, 1997.
2. ADAMI, N<sup>o</sup>P. A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 13, p. 190-196, 2000.
3. AGUIAR, M.I.F.; FREIRE, P.B.G.; CRUZ, I.M.P.; LINARD, A.G.; CHAVES, E.S.; ROLIM, I.L.T.P. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. **Revi. Rene**, v. 11, n. 4, p. 66-75, 2010.
4. ALCANTARA, L.M.; LEITE, J.L.; ERDMANN, A.L.; TREVIZAN, M.A.; DANTAS, C.C. Enfermería operativa: una nueva perspectiva para el cuidado en situaciones de “crash”. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 322-331, 2005.
5. ALFARO, R. **Application of nursing process**: a step-by-step guide. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1986.
6. ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: um guia passo a passo. 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.
7. ALMEIDA, E.S.; VIEIRA, C.A.L.; CASTRO, C.G.J.; FURTADO, L.A.C.; INOJOSA, R.M. Planejamento e programação em saúde. In: WESTPAL, M.F.; ALMEIDA, E.S. **Gestão de serviços de saúde**. São Paulo: EDUSP, 2001. p. 255-272.
8. ALMEIDA, M.A.; LUCENA, A.F. O Processo de Enfermagem e as classificações NANDA-I, NIC e NOC. In: \_\_\_\_\_ ALMEIDA, M.A.; LUCENA, A.F.; FRAZEN, E.; LAURENT, M.C. **Processo de Enfermagem na Prática Clínica**: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.23-40.

9. ALVES- MAZZOTTI, A.J.; GEWANDSZNSJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais:** pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998.
10. ALVES, M.; PENNA, C.M.M.; BRITTO, M.J.M. Perfil de gerentes de unidades básicas de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, p. 441-446, 2004.
11. ALWARD, R.R. Patient classification systems: another perspective. **Nurs. Manage.**, v. 23, n. 12, p. 38-39, 1992.
12. AMANTE, L.Nº; ANDERS, J.C.; MEIRELLES, B.H.S.; PADILHA, M.I.; KLETEMBERG, D.F. A interface entre o ensino do processo de enfermagem e sua aplicação na prática assistencial. **Rev. Eletronº Enferm.**, v. 12, n. 1, p. 201-207, 2010.
13. AMANTE, L.Nº; ROSSETTO, A.P.; SCHNEIDER, D.G. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 1, p. 54-64, 2009.
14. AMATUZZI, M.M. Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. **Estud. Psicol.**, v. 26, n. 1, p. 93-100, 2009.
15. ANDRADE, J.S.; VIEIRA, M.J. Prática assistencial: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 3, p. 261-265, 2005.
16. ANTUNES, A.V.; COSTA, M.N. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 832-839, 2003.
17. ANTUNES, A.V.; TREVISAN, M.A. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 35-44, 2000.
18. BACKES, D.S.; ESPERANÇA, M.P.; AMARO, A.M.; CAMPOS, I.E.F.C.; CUNHA, A.D.C.; SCHWARTZ, E. Sistematização da assistência de

- enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. **Acta Sci. Health Sci.**, v. 27, n. 1, p.25-29, 2005.
19. BARROS, A.L.B.L. **O trabalho docente assistencial de enfermagem no Hospital São Paulo da UNIFESP/EPM.** 1998. Tese (Livre- Docência) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.
  20. BITTAR, D.B.; PEREIRA, L.V.; LEMOS, R.C.A. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 4, p. 617-628, 2006.
  21. BORK, A.M.T.; ROSSETTI, A.C.; AMBROGI, A.M.T.P.; ROZA, B.A.; DENSER, C.P.A.C.; SERRANO, C.D.B.H.; LASELVA, C.R.; HOKAMA, C.S.M.; ROZENCWJG, D.; JUNIOR, D.F.M.; REIS, E.A.A.; TAHIRA, F.A.; BERTOZO, L.; SILVA, L.M.G.; BARBOSA, M.A.S.; YAMASHITA, M.A.A.; GABRIELONI, M.C.; VATTIMO, M.F.F.; PEDREIRA, M.L.G.; FARAH, O.G.D.; SIMOES, R.O.; FERRAZ, S.B.; BARROS, S.M.O. **Enfermagem de excelência: da visão a prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 201.
  22. BRASIL. **Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987.** Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/D94406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm). Acesso em: 10 junº 2013.
  23. BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, 26 jul. 1986. Seção 1, p. 9273-9275.
  24. BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Enfermagem.** Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf>. Acesso em: 22 jul. 2012.
  25. BULECHECK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC).** 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

26. CAPALBO, C. Alternativas metodológicas de pesquisa. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3., 1984, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1984. p. 130-157.
27. CARMONA, L.M.P.; ÉVORA, Y.D.M. Grau de dependência do paciente em relação à enfermagem: análise de prontuários. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 468-473, 2003.
28. CARPENITO-MOYET, L.J. **Manual dos diagnósticos de enfermagem**. 11. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008. 743p.
29. CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M.; DALRI, M.C.B.; JESUS, C.A.C. Obstáculos para a implementação do Processo de Enfermagem no Brasil. **Rev. Enferm. UFPE On line**, v. 1, n. 1, p. 95-99, 2007.
30. CARVALHO, E.C.; KUSUMOTA, L. Processo de Enfermagem: resultados e conseqüências da utilização para a prática de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. esp., p. 554-557, 2009.
31. CARVALHO, V. A problemática do diagnóstico de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 15, n. 1/2, p. 115-125, 1972.
32. CASAFUS, K.C.U.; DELL'ACQUA, M.C.Q.; BOCCHI, S.C.M. Entre o êxito e a frustração com a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 2, p. 313-321, 2013.
33. CASTELLANOS, B.P.E.; CASTILHO, V. Marco conceitual da assistência em enfermagem: considerações gerais. In: CAMPEDELLI, M.C. (Org.). **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 2000. p. 22-30.
34. CECÍLIO, L.C.O.; MENDES, T.C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Soc.**, v. 13, n. 2, p. 39-55, 2004.
35. CHANES, D.C.; KUSAHARA, D.M. Sistematização da Assistência de Enfermagem – Ferramenta para segurança do paciente. In: PEDREIRA,

- M.L.G.; HARADA, M.J.C.S. (Orgs.). **Enfermagem dia a dia**: segurança do paciente. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2009. p. 45-66.
36. CHOI, E.C. Evolucion del desarrollo de la teoria de enfermaria. In: MARRINER, A. **Modelos y teorias de enfermaria**. Barcelona: Rol, 1989. p.555.
37. CHRISTENSEN, P.J.; KENNEY, J.W. **Nursing process**: aplicacion of conceptual models. 4. ed. St Louis: Mosby Year Book, 1995.
38. CRISTOVAM, B.P.; PORTO, I.S.; OLIVEIRA, D.C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 3, p. 734-741, 2012.
39. CIANCIARULLO, T.I. Histórico de enfermagem: sua utilização em pacientes hospitalizados. **Enferm. Nov. Dimens.**, v. 2, n. 3, p. 162-163, 1976.
40. CIANCIARULLO, T.I.; GUALDA, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; ANABUKI, M.H. **Sistema de da assistência de enfermagem**: evolução e tendências. 3. ed. São Paulo: Ícone, 2001. p. 303.
41. CILISKA, D.; CULLUM, N<sup>o</sup>; MARKS, S. Evalution of systematic reviews of treatment or prevention interventios. **Evid. Based Nurs.**, v. 4, p. 100-104, 2001.
42. COHEN, M.Z. A historical overview of the phenomenological movement. **Image J. Nurs. Sch.**, v. 19, n. 1, p. 31-34, 1987.
43. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 293, de 21 de setembro de 2004**. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde Disponível em: <http://www.corensp.org.br/resoluções/Resolução293.htm>. Acesso em: 3 jan<sup>o</sup> 2013.
44. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 311, de 08 de fevereiro de 2007**. Código de ética dos profissionais de enfermagem.

- Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4158>. Acesso em: 27 junº 2013.
45. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 3 jan. 2013.
  46. CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros de Portugal, 2005.
  47. CONSELHO NACIONAL DE SAUDE. Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, supl. 2, p. 15-25, 1996.
  48. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Decisão COREN-SP/DIR/008/99**: normatiza a implementação da sistematização da assistência de enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde, no âmbito de Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2000.
  49. CORREA, A.K. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 83-88, 1997.
  50. CRUZ, A.M.P.; ALMEIDA, M.A. Competências na formação de Técnicos de Enfermagem para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 4, p. 921-927, 2010.
  51. CRUZ, I.C.F. Diagnóstico e prescrições de enfermagem: recriando os instrumentos de trabalho. **Texto Contexto Enferm.**, v. 4, p. 160-169, 1995.
  52. CUNHA, S.M.B.; BARROS, A.L.B.L. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 5, p. 568-572, 2005.



- 
53. DARTIGUES, A. **O que é a fenomenologia?** Rio de Janeiro: Eldorado Tijuca, 1973.
54. DEGROOT, H.A. Patient classification system evaluation: part two, system selection and implementation<sup>o</sup> **J. Nurs. Adm.**, v. 19, n. 7, p. 24-30, 1989.
55. DEIMAN, P. **Dotation de personal para losservicios de enfermeria em hospitales de distrito para laatencion primaria de salud.** Washington: OMS, 1994. p. 34-48.
56. DOENGES, M.E.; MOORHOUSE, M.F. **Nurse's pocket guide: nursing diagnosis with interventions.** 3. ed. Philadelphia: FA. Davis, 1991.
57. FEDER, G.; ECCLES, M.; GROL, R.; GRIFFITHS, C. GRIMSHAW, J. Using clinical guidelines. **BMJ**, v. 13, n. 318, p. 728-730, 1999.
58. FELIX, N<sup>o</sup>N<sup>o</sup>; RODRIGUES, C.D.S.; OLIVEIRA, V.D.C. Desafios encontrados na realização da Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em unidade de pronto atendimento. **Arq. Cienc. Saúde**, v. 16, n. 4, p. 155-160, 2009.
59. FERNANDES, M.S.; SPAGNOL, G.A.; TREVISAN, M.A. A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 161-167, 2003.
60. FERRAZ, C.A. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. **Acta Paul. Enferm.**, v. 13, n. esp., pt. 1, p. 91-97, 2000.
61. FORGHIERI, Y.C. **Fenomenologia do existir de uma professora universitária.** 1991. 195f. Tese (Livre Docência) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.
62. FOSTER, P.C.; BENET, A.M. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. cap. 7, p. 83-102.
63. FRANCA, L. A fenomenologia. In: \_\_\_\_ **Noções de história da filosofia.** 22. ed. Rio de Janeiro: Agired, 1978, p.249-252.

- 
64. FREITAS, J.T.; ROCHA, N<sup>o</sup>P.; SANTOS, R.F.; SILVA, R.C. A abordagem do conhecimento da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) para equipe de enfermagem da Policlínica de um município mineiro. **Percursos Acad.**, v. 1, n. 2, p. 194-207, 2011.
65. FUGULIN, F.M.T. **Sistema de classificação de pacientes**: análise de horas de assistência de enfermagem. 1997. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
66. FUGULIN, F.M.T.; GAIDZINSKI, R.R.; KURCGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 72-78, 2005.
67. FUGULIN, F.M.T.; SILVA, S.H.; SHIMIZU, H.E.; CAMPOS, F.P.F. Implantação de um sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do hospital universitário da USP. **Rev. Méd. HU-USP**, v. 4, n. 1/2, p. 63-68, 1994.
68. FULY, P.S.C.; LEITE, J.L.; LIMA, S.B.S. Correntes de pensamento nacionais sobre a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 6, p. 883-887, 2008.
69. GAIDZINSKI, R.R. **O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam esta prática**. 1994. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.
70. GAIDZINSKI, R.R.; SOARES, A.V.N.; COSTA LIMA, A.F.; GUTIERREZ, B.A.O.; MONTEIRO D CRUZ, D.A.L.; ROGENSKI, N.M.B.; SANCINETTI, T.T. **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 386.
71. GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermeiras. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. esp., p. 875-879, 2009.

72. GARCIA, T.R.; NOBREGA, M.M.L. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc. Anna Nery**, v. 13, n. 1, p. 188-193, 2009.
73. GARCIA, T.R.; NOBREGA, M.M.L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52., 2000, Recife. **Anais...** Recife, 2000.
74. GARCIA, T.R.; NOBREGA, M.M.L.; CARVALHO, E.C. Nursing process: application to the professional practice. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 3, n. 2, 2004. Disponível em: [www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm](http://www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm). Acesso em: 22 out. 2012.
75. GEOVANINI, T. Uma abordagem dialética da enfermagem. In: GEOVANINI, T.; MOREIRA, A.; SHOELLER, S.D.; MACHADO, W.C.A. (Orgs.). **História da enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. p. 3-48.
76. GERELLI, A.M.; SOARES, M.A.M.; ALMEIDA, M.A. Diagnóstico de Enfermagem e intervenções em um paciente com falência de múltiplos órgãos – estudo de caso. **Rev. Gaucha Enferm.**, v. 20, n. 2, p. 131-142, 1999.
77. GIOVANNETTI, P. Understanding patient classification systems. **J. Nurs. Adm.**, v. 9, n. 2, p. 4-9, 1979.
78. GOMES, E.L.R.; ANSELM, M.L.; MISHIMA, S.M.; VILLA, T.C.S.; PINTO, I.C.; ALMEIDA, M.C.P.: Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. (Orgs.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 229-250.
79. GONÇALVES, L.R.R.; NOGUEIRA, L.T.; NERY, I.S.; BONFIM, E.G. O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de discentes. **Esc. Anna Nery**, v. 11, n. 3, p. 459-465, 2007.
80. GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application**. 3. ed. St. Louis: Mosby, 1994.

- 
81. GUERRA, S.T; PROCHNOW, A.G.; TREVIZAN, M.A.; GUIDO, L.A. O conflito no exercício gerencial do enfermeiro no âmbito hospitalar. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2, [8 telas], 2011. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 22 jan. 2013.
  82. HAAG-HEITMAN, B. **Developing the clinical practice development model at St. Luke's medical center**. Gathersburg: Aspen Publishers, 1999. p. 43-64.
  83. HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes, 1994.
  84. HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 258-265, 2009.
  85. HAYNES, B.; HAINES, A. Getting research findings into practice: Barriers and bridges to evidence based clinical practice. **BMJ**, v. 317, n. 7153, p. 273-276, 1998.
  86. HENDERSON, V. On nursing care plans and their history. **Nurs Outlook**, v. 21, nº 6, p. 378-379, 1973.
  87. HERMIDA, P.M.V.; ARAUJO, I.E.M. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para a implantação. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n. 5, p. 675-679, 2006.
  88. HORTA, W.A. **O processo de enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.
  89. INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. **International Classification for Nursing Practice – ICNP**. Version 1. Geneva: ICN, 2005.
  90. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **International Classification for Nursing Practice- Beta**. Geneva: ICN, 1999.
  91. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **International Classification for Nursing Practice**: a unifying framework – the Alpha version. Geneva: ICN, 1996.

92. IYER, P.W.; TAPTICH, B.J.; BERNOCCHI- LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
93. JORGE, M.S.B.; FREITAS, C.H.A.; NOBREGA, M.F.B.; QUEIROZ, M.V.O. Gerenciamento em Enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 1, p. 81-86, 2007.
94. KAWAMOTO, E.E.; FORTES, J.I. Fundamentos de Enfermagem. 2. ed. São Paulo: EPU, 1997, 256 p.
95. KELLY, L.Y. **Dimensions of professional nursing**. 5. ed. New York: Macmillan, 1985.
96. KENNEY, J.W. Relevance of theoretical approaches in nursing practice. In: CHRISTENSEN, J.; KENNEY, J.W. **Nursing process: application of theories, frameworks and models**. 3. ed. St. Louis: Mosby Company, 1990. p. 3-18
97. KLETEMBERG, D.F.; SIQUEIRA, M.D.; MANTOVANI. Uma história do Processo de Enfermagem nas publicações da Revista Brasileira de Enfermagem no período 1960-1986. **Esc. Anna Nery**, v. 10, n. 3, p. 478-486, 2006.
98. KURCGANT, P.; TRONCHIN, D.M.R. ; FUGULIN, F.M.T. ; PERES, H.H.C. ; MASSAROLLO, M.C.K.B. ; FERNANDES, M.F.P. ; CIAMPONE, M.H.T. ; LEITE, M.M.J. ; PEDUZZI, M. ; MELLEIRO, M.M. ; GAIDZINSKI, R.R. ; TAKAHASHI, R.T. ; CASTILHO, V. ; FELLI, V.E.A. ; GONÇALVES, V.L.M. **Gerenciamento de enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 196p.
99. LEOPARDI, M. T.; BECK, C.L.C.; NIETSCHE, E.A; GONSALES, R.M.B. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2002.
100. MARCUS, M.T.; LIEHR, P.R. Abordagens de Pesquisa Qualitativa. In: \_\_\_\_\_ LoBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.122-140.

101. LUNARDI FILHO, W.D. A prescrição de enfermagem: o planejamento como forma inovadora de facilitação do cuidado individualizado e de sua continuidade. **Cogitare Enferm.**, v. 2, n. 1, p. 90-95, 1997.
102. LUNNEY, M. Nursing diagnosis, thinking and critical thinking. In: \_\_\_\_\_. **Critical thinking and nursing diagnosis: case studies and analyses.** Philadelphia: NANDA, 2001. chap.1, p. 3-17.
103. MANGUEIRA, S.O.; LIMA, J.T.S.; COSTA, S.L.A.; NOBREGA, M.M.L.; LOPES, M.V.O. Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem: opinião de uma equipe de enfermagem hospitalar. **Enferm. Foco**, v. 3, n. 3, p. 135-138, 2012.
104. MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática.** 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 671p.
105. MARTINS, E.A.P.; HADDAD, M.C.L. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em quatro graus de dependência do cuidado de enfermagem. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 74-82, 2000.
106. MARTINS, J. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 24, n. 1, p. 139-147, 1990.
107. MARTINS, J. **Um enfoque metodológico no currículo: educação, como poesis.** São Paulo: Cortez, 1992.
108. MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos.** São Paulo: Moraes, 1989.
109. MARX, L.C.; MORITA, L.C. **Manual de gerenciamento de enfermagem.** 2. ed. rev. atual. São Paulo: EPUB, 2003. 124p.
110. MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no Setor Saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. 3, p. 508-514, 2006.

- 
111. McCLOSKEY, J.C.; BULECHECK, G.M. Visão geral da NIC. In: \_\_\_\_\_. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 39-86.
112. McCUE, M.; MARK, B.A.; HARLESS, D.W. Nurse Staff, quality and financial performance. **J. Health Care Finance**, v. 29, n. 4, p. 54-76, 2003.
113. McGUIRE, A.D. The genesis and nature of nursing diagnosis. In: CARLSON, J.H.; CRAFT, C.A.; McGUIRE, A.D.; POPKESS- VAWTER, S. **Nursing diagnosis: a case study approach**. Philadelphia: W.B. Saunders, 1991. Chap. 1, p. 3-19.
114. MELO, M.B.; BARBOSA, M.A.; SOUZA, P.R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 19, n.4, [9 telas], 2011. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Acesso em 22 out. 2012.
115. MENDES, I.A.C.; TREVIZAN, M.A.; SHINYASHIKI, G.T.; NOGUEIRA, M.S. O referencial da educação popular na ação gerencial e de liderança do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 303-306, 2007.
116. MENEZES, S.R.T.; PRIEL, M.R.; PEREIRA, L.L. Autonomia e vulnerabilidade na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 4, p. 953-958, 2011.
117. MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 662p.
118. MIGOTT, A.M.; GRZYBOVSKI, D.; SILVA, L.A.A. A aplicação conceitual da Teoria da Burocracia na área da Enfermagem: uma análise empírica das instituições hospitalares de Passo Fundo (RS). **Cad. Pesqui. Adm.**, v. 8, n. 1, p.1-9, 2001.
119. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec- Abrasco, 2007.

120. MUSSI, F.C.; WHITAKER, I.Y.; FERNANDES, M.C.P.; GENNARI, T.D.; BRASIL, V.V.; CRUZ, D.L.M. Processo de enfermagem: um convite para a reflexão. **Acta Paul Enferm.**, v. 10, n. 1, p. 26-32, 1997
121. NANDA INTERNACIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.
122. NASCIMENTO, K.C.; BACKES, D.S.; KOERICH, M.S.; ERDMANN, A.L. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 4, p. 643-648, 2008.
123. NEVES, R.S.; SHIMIZU, H.E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 2, p. 222-229, 2010.
124. NOBREGA, M.F.B.; MATOS, M.G.; SILVA, L.M.S.; JORGE, M.S.B. Perfil Gerencial de Enfermeiros que atuam em um Hospital Público Federal de Ensino: **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16, n. 3, p. 333-338, 2008.
125. OERMAN, M. Critical thinking, critical practice: asses nurses'critical thinking skills for fast, accurate decision on the job. **J. Nurs.**, v. 30, n. 4, p. 40, 1999.
126. OGUISSO, T.; SCHMIDT, M.J. Estudo básico da determinação de dependência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 25, n. 4, p. 267-273, 1972.
127. OLIVEIRA, A.P.C.; COELHO, M.E.A.A.; ALMEIDA, V.C.F.; LISBOA, K.W.S.C.; MACEDO, A.L.S. Sistematização da assistência de enfermagem: implementação em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Rene**, v. 13, n. 3, p. 601-612, 2012.
128. OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Dimensão pessoal do processo de trabalho para enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva. **Acta Paul. Enferm.**, v. 24, n. 4, p. 550-555, 2011.



129. OLIVEIRA, L.R.; SCHILLING, M.C.L. Análise do serviço de enfermagem no processo de planejamento estratégico em hospital. **REGE**, v. 18, n. 2, p. 225-243, 2011.
130. OLIVEIRA, M.L.; PAULA, T.R.; FREITAS, J.B. Evolução histórica da assistência de enfermagem. **ConScientiae Saúde**, v. 6, n. 1, p. 127-136, 2007.
131. OLIVEIRA, S.K.P.; QUEIROZ, A.P.O.; MATOS, D.P.M.; MOURA, A.F.M.; LIMA, F.E.T. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 1, p. 155-161, 2012.
132. OMER, Y. A Phenomenology: a method for nursing research. **Adv. Nurs. Sci.**, v. 5, p. 49-62, 1983.
133. OMERY, A. Qualitative research designs in the critical care setting: review and application<sup>o</sup> **Heart Lung**, v. 16, n. 4, p. 432-436, 1987.
134. PÁDUA, E.M.M. **Metodologia da pesquisa**: abordagem teórica - prática. Campinas: Papirus, 1996.
135. PAULA, C.C.; SCHAURICH, D.; PADOIN, S.M.M.; CROSSETTI. O cuidado como encontro vivido e dialogando na Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad. **Rev. Acta Paul. Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 425-431, 2004.
136. PAULA, N<sup>o</sup>S.; FARIAS, G.M.; ARAÚJO, T.L.; TAKAHASHI, O.C. Assistência de enfermagem sistematizada: experiência de aprendizado. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 37, n. 1, p. 65-71, 1984.
137. PEDUZZI, M.; ANSELM, M.L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 55, n. 4, p. 392-398, 2002.
138. PERROCA, M.G.; GAIDZINSKI, R.R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 32, n. 2, p. 153-168, 1998.

139. PESUT, H.; HERMAN, J. **Clinical reasoning**: the art and science of critical and creative thinking. Nova York: Albany, 1999.
140. PIVOTTO, F.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. **Cogitare Enferm.**, v. 9, n. 2, p. 32-42, 2004.
141. PROCHNOW, A.G.; LEITE, J.L.; ERDMANN, A.L.; TREVIZAN, M.A. O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 4, p. 542-550, 2007.
142. POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentals of nursing**: concepts, process and practice. 2. ed. St. Louis: Mosby, 1989.
143. RAMOS, L.A.R.; CARVALHO, E.C.; CANINI, S.R.M.S. Opinião de auxiliares e técnicos de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Eletrônº Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 39-44, 2009.
144. RAY, M.A. A philosophical method to study nursing phenomena. In: LEININGER, M.M. **Qualitative research methods in nursing**. Orlando: Grune & Stratton, 1985. cap. 5, p. 81-92.
145. REGIS, L.F.L.V.; PORTO, I.S. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in) satisfação no trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 2, p. 334-341, 2011.
146. REMIZOSKI, J.; ROCHA, M.M.; VALL, J. Dificuldades na implantação da sistematização da assistência de enfermagem – SAE: uma revisão teórica. **Cad. Esc. Saúde**, v. 3, p. 1-14, 2010.
147. REPPETTO, M.A.; SOUZA, M.F. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 3, p. 325-329, 2005.
148. RESCK, Z.M.R.G; GOMES; E.L.R. Background and managerial practice of nurses: paths for transforming praxis. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 71-77, 2008.

149. ROCHA, S.M.M.; SILVA, G.B. Linhas filosóficas e ideológicas na pesquisa em enfermagem no Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 40, n. 4, p. 214-221, 1987.
150. RODRIGUES, J. FILHO. Sistema de classificação de pacientes. Parte I: dimensionamento de pessoal de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 26, n. 3, p. 395-404, 1992.
151. ROSSI, F.R.; LIMA, M.A.D.S. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n. 4, p. 460-468, 2005.
152. ROSSI, L.A. **O processo de enfermagem em Unidade de Queimados**: da ideologia da rotina à utopia do cuidado individualizado. 1997. Tese (Doutorado): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.
153. SAAR, S.R.C.; TREVIZAN, M.A. Professional roles of a health team: a view of its components. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 106-112, 2007.
154. SALOME, G.M.; MARTINS, M.F.M.S.; ESPOSITO, V.H.C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **Rev. Bras. Enferm. USP**, v. 62, n. 6, p. 856-862, 2009.
155. SANNA, M.C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n.2, p.221-224, 2007.
156. SANTOS, A.E.; PADILHA, K.G. Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 4, p. 429-433, 2005.
157. SANTOS, F.; ROGENSKI, N<sup>o</sup>M.B.; BAPTISTA, C.M.C.; FUGULIN, F.M.T. Sistema de classificação de pacientes: proposta de complementação do instrumental de Fugulin et al. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 15, n.5, p. 980-985, 2007.
158. SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M.G.O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 1; p. 182-188, 2010.

- 
159. SILVA, E.G.C.; OLIVEIRA, V.C.; NEVES, G.B.C.; GUIMARÃES, T.M.R. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 6, p. 1380-1386, 2011.
160. SILVA, J.A.; GROSSI, A.C.M.; HADDAD, M.C.L.; MARCON, S.S. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em Unidade semi-intensiva. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 576-581, 2012.
161. SILVEIRA, C.A.; PAIVA, S.M.A. A evolução do ensino de enfermagem no Brasil: uma revisão histórica. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 10, n.1, p. 176-183, 2011.
162. SIMÕES E SILVA, C.; GABRIEL, C.S.; BERNARDES, A.; ÉVORA, Y.D.M. Opinião do enfermeiro sobre indicadores que avaliam a qualidade na assistência de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 2, p. 263-271, 2009.
163. SOUZA, A.K.D.; SANTOS, S.R. Registro de informações em enfermagem na concepção de enfermeiros. *Cogitare Enferm.*, v. 14, n. 3, p. 527-534, 2009.
164. SPIRI, W.C.; LEITE, M.M.J. Convivendo com o portador de fissura lábio-palatal: o vivencial da enfermeira. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 33, n. 1, p. 81-94, 1999.
165. TAKAHASHI, A.A.; BARROS, A.L.B.L.; MICHEL, J.L.M.; SOUZA, M.F. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 1, n. 1, p. 32-38, 2008.
166. TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A.M. SAE: **Sistematização da Assistência de Enfermagem**: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p.298.
167. TEIXEIRA, E.R.; PAIM, R.C.Nº; SANTO, F.H.E. Percepções dos enfermeiros sobre a metodologia da assistência de enfermagem. **Rev. Pesqui. Cuidado Fund.**, v. 8, n. 1/2, p. 87-101, 2004.

168. TREVISAN, M.A.; MENDES, I.A.C.; LOURENÇO, M.R.; SHINYASHIKI, G. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 10, p. 85-89, 2002.
169. TRUPPEL, T.C.; MÉIER, M.J.; CALIXTO, R.C.; PERUZZO, S.A.; CROZETA, K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 2, p. 221-227, 2009.
170. WESTPHALEN, M.E.A.; CARRARO, T.E. **Metodologia para a assistência de Enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB Ed., 2001. 184p.
171. WILLIAMS, G.H.; ANDERSON, J.J. Developing a labor delivery patient classification system. **Nurs. Manage.**, v. 23, n. 10, p. 74-80, 1992.
172. WOOLF, S.F.; GROL, R.; HUTCHINSON, A.; ECCLES, M.; GRIMSHAW, J. Potencial benefits, limitations and harms of clinical guidelines. **BMJ**, v. 20, n. 318, p. 527-530, 1999.
173. ZANON, U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceitos, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001. 205 p.
174. ZAPP, L. Use of multiple teaching strategies in the staff development setting. **J. Nurs. Staff Dev.**, v. 17, n. 4, p. 206-216, 2001.

**ANEXO A – Ofício do Comitê de Ética Em Pesquisa**

**Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu**

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de  
abril de 1997



Botucatu, 03 de dezembro de 2.007

OF. 526/2007-CEP

Ilustríssima Senhora  
Profª. Drª. Silvana Artioli Schellini.  
Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia  
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Profª. Silvana.

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP informo que o Projeto de Pesquisa "**As percepções das enfermeiras com a importância da elaboração e a prática diária da Sistematização da Assistência de Enfermagem num hospital universitário do interior do Estado de São Paulo,**" que será conduzido por Marcília Rosana Críveli Bonacordi Gonçalves, orientado por Vossa Senhoria, com a participação do Profª. Drª. Wilza Carla Spiri, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 03/12/2007.

Situação do Projeto: **APROVADO.** Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "**Relatório Final de Atividades**".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi  
Secretário do CEP.

## APÊNDICE A

### Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Declaro ter sido satisfatoriamente informado quanto à pesquisa sobre “***As percepções das enfermeiras com a importância da elaboração e a prática diária da Sistematização da Assistência de Enfermagem num hospital universitário do interior do Estado de São Paulo***” realizada pela Enf. Mestra Marcília Rosana Criveli Bonacordi Gonçalves, sob orientação das Profa Adj Silvana Artioli Schelini e Profa Dra Wilza Carla Spiri .

Minha participação nesta pesquisa é voluntária, e posso me recusar a responder se quiser, como também poderei parar a qualquer momento, sem sofrer qualquer prejuízo ou custo.

A pesquisa não apresenta risco, desconforto e inconveniências para ninguém. Trata-se de uma entrevista áudio-gravada em fita cassete, onde os dados coletados são confidenciais, o benefício desta será o de contribuir com informações objetivando uma reflexão sobre a prática diária da SAE na vida profissional do Enfermeiro no Hospital das Clínicas –FMB-UNESP-Botucatu. Autorizo as pesquisadoras a apresentarem os resultados deste projeto em eventos científicos e revistas.

As pesquisadoras estarão disponíveis para responder quaisquer perguntas. Li e concordo em participar desta pesquisa.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Entrevistado:\_\_\_\_\_.

Entrevistador:\_\_\_\_\_.

Obs.: Este documento será elaborado em 02 vias (após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa), sendo uma cópia para ser entregue ao sujeito da pesquisa e outra para arquivo dos pesquisadores.

---

Endereço e telefone da pesquisadora Marcília R. C. Bonacordi Gonçalves: Distrito Rubião Junior, s/n, Botucatu: Cep: 18.618-970; tel☎(14)38116399.E-mail:marcilia@fmb.unesp.br  
Endereço e telefone da co-orientadora Wilza Carla Spiri:Departamento de Enfermagem, Distrito Rubião Junior, s/n, Botucatu: Cep: 18.618-970; tel☎(14)38116070.E-mail:wilza@fmb.unesp.br

## **APÊNDICE B – DISCURSOS**

**(CD Anexo)**

