

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF**

CAROLINA SAMPAIO DE OLIVEIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DA SISTEMATIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CRIANÇAS**

BRASÍLIA

2017

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF**

CAROLINA SAMPAIO DE OLIVEIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DA SISTEMATIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CRIANÇAS**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Políticas, Práticas e Cuidado em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em saúde e enfermagem

Orientadora: Moema da Silva Borges

BRASÍLIA

2017

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DA SISTEMATIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CRIANÇAS**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em 12/05/2017

BANCA EXMINADORA

Professora Doutora Moema da Silva Borges – Presidente da Banca
1º. Membro
Universidade de Brasília - UnB

Professor Doutor Rinaldo Souza Neves - Membro Externo ao Programa
2º. Membro
FEPECS

Professora Doutora Aline de Oliveira Silveira - Membro Externo ao Programa
3º. Membro
Universidade de Brasília - UnB

Professora. Doutora Maria Cristina Soares – Membro do Programa
4º. Membro
Universidade de Brasília - UnB

Professora Doutora Maria Liz Cunha– Membro Externo ao Programa
5º. Membro Suplente
FEPECS

Dedico este trabalho a Deus, a minha mãe pelo amor incondicional, ao meu pai pelo apoio diário, ao meu esposo pelo amor e cumplicidade, as minhas irmãs pelo carinho e amizade, e em especial, dedico as minhas maiores bênçãos, meus filhos, Gabriela e Eduardo que diariamente me ensinam o que é AMAR de verdade.

AGRADECIMENTO

A Deus, pela sabedoria, por iluminar o meu caminho e colocar pessoas tão especiais em minha vida. A Universidade de Brasília e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela oportunidade de crescimento intelectual e profissional. À Profa. Dra. Moema da Silva Borges, minha eterna gratidão pelo incentivo, dedicação, paciência e sabedoria durante toda a construção desta pesquisa. Aos membros da Banca Examinadora pela disponibilidade e valiosas contribuições. Aos meus pais, que amo muito, por terem me guiado para o caminho certo e acreditarem em meu potencial. Obrigada pela estrutura familiar, e pela educação, base para minha vida! Ao meu marido, Leandro Martins, meu grande companheiro, pelo amor e apoio incondicional. Por sempre me motivar a enfrentar os desafios. Aos meus filhos Gabriela e Eduardo pelos sorrisos, abraços e cheirinhos que me motivam a ser melhor a cada dia. A minha querida Tia Ivonir (*in memorian*) e primas Josiane e Ivonise pelo constante apoio em Brasília. Ao querido amigo professor Dr. Elioenai D. Alves (*in memorian*) e sua família pelo carinho, incentivo, amizade e trocas de experiências. A todos que contribuíram de alguma forma para a construção deste sonho, meus sinceros agradecimentos. Muito obrigada a todos!

"[...] nada é fixo para aquele que alternadamente pensa e sonha [...]"

Gaston Bachelard

RESUMO

OLIVEIRA, Carolina Sampaio, Representações Sociais Acerca da Sistematização da Assistência de Enfermeiros que Cuidam de Crianças. 2017, n 167 folhas, Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

Este estudo teve como objetivo conhecer as Representações Sociais de enfermeiros que cuidam de crianças hospitalizadas sobre a sistematização da assistência de enfermagem, em dois hospitais escola da região oeste de Mato Grosso. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório com base na Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici, realizado com 45 enfermeiros, que atuavam na assistência à criança hospitalizada. Na coleta dos dados foram utilizados dois instrumentos: o primeiro foi constituído por duas partes: um questionário que possibilitou a caracterização dos sujeitos e um questionário semiestruturado que viabilizou a entrevista. No segundo utilizou-se a técnica de associação livre de palavras (TALP). Para análise dos dados realizou-se a caracterização dos sujeitos utilizando o software *Excel 2007*, onde foi possível constatar que os participantes eram adultos jovens, predominantemente do sexo feminino e com mão- de- obra qualificada. Na segunda etapa o produto proveniente da técnica de associação livre de palavras foi analisado pelo *software EVOC*, que organizou as evocações e apontou o provável núcleo central da representação social, a partir de dois estímulos *Sistematização da Assistência de Enfermagem e Atuação do Enfermeiro na SAE*. Pode-se apreender que, frente à primeira expressão indutora os sujeitos evocaram mais prontamente as palavras: *cuidado, enfermagem e organização*, que refletem a dimensão das ações de enfermagem no atendimento à criança, sendo o próprio cuidado o provável núcleo central que estrutura a representação e remete a verdadeira competência do enfermeiro. Para expressão indutora “Atuação do Enfermeiro na Sistematização da Assistência de Enfermagem”, as palavras: *conhecimento, humanização e importante* constituíram o provável núcleo central refletindo o entendimento do grupo sobre as funções desenvolvidas pelo enfermeiro ao sistematizar o cuidado. Na terceira etapa os conteúdos verbais provenientes das entrevistas foram analisados utilizando o *software Alceste*. Da análise emergiram dois eixos que organizaram o conteúdo das representações sociais dos participantes do estudo. O primeiro eixo foi composto por uma classe e fez referência a dimensão teórica sobre a SAE. O segundo eixo foi organizado por quatro classe e faz menção a dimensão prática da SAE. Aprendeu-se que as representações teóricas não parecem suficientes para ancorar a prática assistencial, apontando a existência de importantes discrepâncias entre as representações dessas duas dimensões. Essas representações não contribuem para o estabelecimento de uma realidade capaz de valorizar o cuidado de enfermagem, pois, não são capazes de conferir autonomia profissional, qualificar o cuidado e implementar mudanças de paradigmas requeridos na modernidade pela pediatria.

Palavras chaves: Cuidado; saúde da criança, representação social, Sistematização da Assistência de Enfermagem

ABSTRACT

OLIVEIRA, Carolina Sampaio, Social Representations About the Systematization of Care of Nurses Caring for Children. 2017, 167 leaves, Thesis (Doctorate) - Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2017.

This study aimed to know the Social Representations of nurses who care for hospitalized children about the systematization of nursing care in two school hospitals in the western region of Mato Grosso. This is a qualitative, descriptive and exploratory study based on Serge Moscovici's Theory of Social Representations, carried out with 45 nurses, who worked in the care of hospitalized children. Two instruments were used in the data collection: the first one consisted of two parts: a questionnaire that enabled the characterization of the subjects and a semi-structured questionnaire that enabled the interview. In the second, the technique of free association of words (TALP) was used. Data analysis was performed to characterize the subjects using the software Excel 2007, where it was possible to verify that the participants were young adults, predominantly female and with skilled labor. In the second stage, the product from the free word association technique was analyzed by the EVOC software, which organized the evocations and pointed out the probable central nucleus of the social representation, from two stimuli Systematization of Nursing Assistance and Nursing Work at SAE. It can be understood that, in the face of the first inductive expression, the subjects more readily evoked the words care, nursing and organization, which reflect the dimension of nursing actions in the care of the child, being care itself the probable central nucleus that structures the representation And refers to the true competence of the nurse. For the inductive expression "Nursing Work in Nursing Care Systematization", the words: knowledge, humanization and important constituted the probable central nucleus reflecting the group's understanding of the functions developed by the nurse in systematizing care. In the third stage the verbal contents from the interviews were analyzed using Alceste software. From the analysis emerged two axes that organized the content of the social representations of the study participants. The first axis was composed of a class and referred to the theoretical dimension on SAE. The second axis was organized by four classes and mentions the practical dimension of SAE. It was learned that the theoretical representations do not seem sufficient to anchor the care practice, pointing out the existence of important discrepancies between the representations of these two dimensions. These representations do not contribute to the establishment of a reality capable of valuing nursing care, since they are not capable of conferring professional autonomy, qualifying care and implementing paradigm changes required in modernity by pediatrics

Keywords: Care; child health, social representation, nurse care sistematization

RESUMEM

OLIVEIRA, Carolina Sampaio, Representaciones Sociales Acerca de la Sistematización de la asistencia de enfermeros que cuidan a los niños. 2017 n 167 hojas, Tesis (Doctorado) - Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2017.

Este estudio tuvo como objetivo conocer las Representaciones Sociales de enfermeros que cuidan de niños hospitalizados sobre la sistematización de la asistencia de enfermería, en dos hospitales escolares de la región oeste de Mato Grosso. Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio basado en la Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici, realizado con 45 enfermeros, que actuaban en la asistencia al niño hospitalizado. En la recolección de los datos se utilizaron dos instrumentos: el primero fue constituido por dos partes: un cuestionario que posibilitó la caracterización de los sujetos y un cuestionario semiestructurado que viabilizó la entrevista. En el segundo se utilizó la técnica de asociación libre de palabras (TALP). Para el análisis de los datos se realizó la caracterización de los sujetos utilizando el software Excel 2007, donde fue posible constatar que los participantes eran adultos jóvenes, predominantemente del sexo femenino y con mano de obra calificada. En la segunda etapa el producto proveniente de la técnica de asociación libre de palabras fue analizado por el software EVOC, que organizó las evocaciones y apuntó el probable núcleo central de la representación social, a partir de dos estímulos Sistematización de la Asistencia de Enfermería y Actuación del Enfermero en la SAE. Se puede aprehender que frente a la primera expresión inductora los sujetos evocaron más prontamente las palabras: cuidado, enfermería y organización, que reflejan la dimensión de las acciones de enfermería en la atención al niño, siendo el propio cuidado el probable núcleo central que estructura la representación Y remite la verdadera competencia del enfermero. Para expresión inductora "Actuación del enfermero en la sistematización de la asistencia de enfermería", las palabras: conocimiento, humanización e importante constituyeron el probable núcleo central reflejando el entendimiento del grupo sobre las funciones desarrolladas por el enfermero al sistematizar el cuidado. En la tercera etapa los contenidos verbales provenientes de las entrevistas fueron analizados utilizando el software Alceste. En el análisis surgieron dos ejes que organizaron el contenido de las representaciones sociales de los participantes del estudio. El primer eje fue compuesto por una clase e hizo referencia a la dimensión teórica sobre la SAE. El segundo eje fue organizado por cuatro clases y hace mención la dimensión práctica de la SAE. Se ha aprendido que las representaciones teóricas no parecen suficientes para anclar la práctica asistencial, señalando la existencia de importantes discrepancias entre las representaciones de esas dos dimensiones. Estas representaciones no contribuyen al establecimiento de una realidad capaz de valorar el cuidado de enfermería, pues no son capaces de conferir autonomía profesional, calificar el cuidado e implementar cambios de paradigmas requeridos en la modernidad por la pediatría.

Palabras clave: cuidado; salud infantil, representación social sistematización de la asistencia de enfermería

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: A natureza dos cuidados “care” por Collière 1999.....	28
Quadro 2: Cronologia dos Modelos Conceituais em Enfermagem (1952 – 1989)	32
Quadro 3: Características das Abordagens de Assistência à Criança	55
Quadro 4: Características do Núcleo Central e Sistema Periférico	72
Quadro 5: Distribuição das Representações Sociais para o Estímulo Indutor Sistematização da Assistência de Enfermagem	89
Quadro 6: Distribuição das Representações Sociais para o Estímulo Indutor Atuação do Enfermeiro na Sistematização da Assistência de Enfermagem	96

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Etapas do processo de enfermagem – Modelo Wanda de Aguiar Horta	41
Figura 2: Etapas do processo de enfermagem – Modelo Alfaro - Levefre	43
Figura 3: Principais termos evocados pelos entrevistados após o estímulo indutor “Sistematização da Assistência de Enfermagem”	88
Figura 4: Principais termos evocados pelos entrevistados após o estímulo indutor “Atuação do enfermeiro na Sistematização da Assistência de Enfermagem	95
Figura 5: Dendograma do corpus das representações sociais da SAE organizado em cinco classes e dois eixos	104
Figura 6: Dendograma com os títulos dos eixos e classes das dimensões juntamente com as palavras destacadas	105

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos participantes segundo tempo de trabalho na instituição, Cáceres –MT/2015.....	85
Gráfico 2: Distribuição dos participantes segundo tempo de trabalho no mesmo setor de atendimento à criança, Cáceres – MT/2015	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil dos enfermeiros que atuam nos cenários da pesquisa. Cáceres – MT/2015	84
Tabela 2: Distribuição das classes UCE, palavras consideradas e percentual das classes 1,2,3,4,5 geradas pelo Alceste	104

LISTA DE SIGLAS

AFC Análise Fatorial de Correspondência

ALCESTE. Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de um Texto

ANVAR Agência Nacional Francesa de Valorização à Pesquisa

CEP/UNEMAT. Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Mato Grosso

CHD. Classificação Hierárquica Descendente

CNRS Centro Nacional Francês de Pesquisa Científica

CNS. Conselho Nacional de Saúde

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem

COREN. Conselho Regional de Enfermagem

DCN/ENF. Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem

EVOC. Ensemble de Programm Espérimentantl'Analyse dês Evocations

MAE. Metodologia da Assistência de Enfermagem

MS. Ministério da Saúde

PE. Processo de Enfermagem

RS. Representações Sociais

SAE. Sistematização da Assistência de Enfermagem

SUS. Sistema Único de Saúde

TALP. Teste de Análise de Palavras

TCLE. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS. Teoria da Representação Social

UCE. Unidades de Contexto Elementar

UCI. Unidade de Contexto Inicial

UNEMAT. Universidade do Estado de Mato Grosso

UTIN. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

UTIP. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

SUMÁRIO

Apresentação	17
Introdução	19
1 Revisão de Literatura	24
1.1 O Cuidado de Enfermagem	24
1.2 Trajetória de Construção de um Método Sistematizado	29
1.3 A Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil – Aspectos Legais	35
1.4 Estrutura e Organização da Sistematização da Assistência de Enfermagem	37
1.4.1 Etapas e Organização do Processo de Enfermagem	39
1.5 Dificuldades para a Implantação e Desenvolvimento da SAE	45
1.6 A Evolução do cuidado à Criança	49
1.6.1 O Cuidado Sistematizado à Criança	57
1.6.2 Etapas e Organização do Processo de Enfermagem à Criança	59
2. Referencial Teórico	63
2.1 A teoria das Representações Sociais - Origem, Conceitos e Definições	63
2.1.2 Construindo as Representações Sociais: Os Processos de Objetivação e Ancoragem	66
2.1.3 A Teoria do Núcleo Central e Sistema Periférico em Representações Sociais	69
3 Método	73
3.1 Tipo de Estudo	73
3.2 Local de Estudo	73
3.3 Sujeitos de Estudo	75
3.4 Coleta de Dados	76
3.5 Tratamento e Análise dos Dados	77
3.6 Aspectos Éticos	81
4. Resultados e Discussão	83
4.1 Conhecendo os Enfermeiros do Estudo que Cuidam de Crianças	83
4.2 A Estrutura das Representações Sociais dos Enfermeiros que Cuidam de Crianças	88

4.2.1 A Estrutura das Representações Sociais Relacionadas ao Estímulo Indutor SAE.....	88
4.2.2 A Estrutura das Representações Sociais Relacionadas ao Estímulo Indutor Atuação do Enfermeiro na SAE.....	94
4.3 Conhecendo o conteúdo das Representações Sociais da Sistematização da Assistência de Enfermagem	103
4.4 As Dimensões do conhecimento e Prática da SAE à Criança Hospitalizada	106
4.4.1 Eixo 1: A Dimensão do conhecimento sobre a SAE	106
4.4.2 Eixo 2: A Dimensão Prática sobre a SAE	113
5. Considerações Finais	135
Referências	139
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	161
Apêndice B – Roteiro para Entrevista	163
Apêndice C – Teste de Associação Livre de Palavras	164
Anexo 1 - Parecer Consubstanciado do CEP	167

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pelo cuidado à criança foi despertado ainda durante minha formação acadêmica. Em primeiro lugar foi minha paixão, despertada por meio das especificidades da disciplina Saúde da Criança, aproximando a razão da ciência com a emoção e a vibração do lúdico, depois, foi minha primeira área de experiência profissional, onde cresci como enfermeira, conquistei espaços e fiz vínculos que se projetam em minha trajetória profissional.

A possibilidade de fazer parte da vida de uma criança, acompanhando seu crescimento e desenvolvimento, prevenindo doenças e assistindo a família durante as dificuldades do processo saúde doença, é o que me fascina e mantém neste campo de atuação até o momento.

Hoje como docente, me dedico a preparar meus alunos para se sensibilizarem e realizarem um cuidado de enfermagem diferenciado a esta clientela, individualizado e organizado em um projeto terapêutico que inclui a família como parte integrante e responsável pelo processo. Uma das estratégias que utilizo para atingir este propósito é o estímulo a prática do cuidado baseado no planejamento das ações, de forma a atender as necessidades específicas de cada criança, reduzindo o estresse relacionado ao processo de adoecimento e internação

Nessa linha argumentativa, vislumbro na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) o caminho que o enfermeiro possui não só para a humanização do cuidado, mas para o alcance de resultados específicos, estímulo a autoanálise das ações desenvolvidas, e o início de reflexões que conduzem a melhorias impactantes para a enfermagem, a criança e sua família.

Acredito que organizar e fortalecer os referenciais assistenciais e o sentido do cuidado de enfermagem prestado à criança, contribuirá para a redução das iatrogênicas, tempo de internação, e agravos responsáveis pelo aumento das taxas de morbimortalidade neonatal e infantil, bem como estimular conhecimento científico da profissão.

Espero que as reflexões advindas neste estudo através da compreensão das RS da SAE no cuidado à criança de dois hospitais escolas da região oeste do Mato Grosso (MT) possam gerar benefícios além das fronteiras do meu Estado, estimulando a discussão sobre a importância de um método sistemático e operacional no planejamento das ações

de enfermagem, fortalecendo o conhecimento próprio da categoria, e ressignificando a prática assistencial à criança

INTRODUÇÃO

Desde a década de 70 observa-se uma tendência crescente na enfermagem pela busca de atividades relacionadas à organização e planejamento de seus serviços. Os avanços científicos associados à área do conhecimento da saúde estimulam a busca por processos mais dinâmicos e cooperacionais que valorizem as diferentes concepções do ser humano e que sejam capazes de integrar as várias dimensões do cuidado, de forma inovadora e criativa. (NASCIMENTO KC; BACKES; KOERICH; ERDMANN, 2008).

A enfermagem utiliza um modelo de processo de trabalho que sistematiza a assistência e direciona o cuidado, permitindo segurança, autonomia profissional e qualidade das ações desenvolvidas denominado: Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE. Este método objetiva a identificação das necessidades do cliente apresentando uma proposta de ações individualizadas de atendimento, que é implementada por todos os membros da equipe de enfermagem. Trata-se de um processo dinâmico e que requer na prática conhecimento técnico-científico (ALFARO-LEFEVRE, 2000), (SALVADOR; SANTOS; ZEFERINO; TOURINHO; VITOR, 2015).

A SAE constitui um instrumento flexível sustentado por ações, reações e contínuas construções que envolvem o profissional enfermeiro e seus clientes, fundamentando a tomada de decisão, a organização do cuidado, e a construção do conhecimento a partir da prática. É capaz de organizar o trabalho da equipe de enfermagem em todos os níveis de saúde ao paciente, família ou comunidade (HORTA, 1979).

A resolução 358-2009 do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, que dispõem sobre a implementação da SAE, considera que a mesma organiza o trabalho do profissional frente ao método, sua equipe e instrumentos, operacionalizando o processo de enfermagem.

Nesse enfoque, a Sistematização da Assistência de Enfermagem, enquanto metodologia científica propõe-se a “organizar o cuidado”. Este objetivo é alcançado a partir da utilização do Processo de Enfermagem (PE), método de abordagem ao cliente, construído ou selecionado a partir de um referencial teórico que possibilita e fornece subsídios para que o enfermeiro reconheça as alterações, riscos e potencialidades no estado de saúde dos seus clientes (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009).

O PE pode ser denominado, ainda, como Metodologia da Assistência de Enfermagem, Processo de Enfermagem, Processo de Cuidado, Metodologia do Cuidado, Processo de

Assistir, Consulta de Enfermagem. Seja qual for o termo utilizado, trata-se de uma organização da assistência de enfermagem (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

É uma ferramenta de grande importância para a individualização do cuidado e para subsidiar a execução e a avaliação da assistência com base em um raciocínio clínico registrado de forma organizada. Sua vinculação à prática clínica oferece ao enfermeiro possibilidade de diagnosticar situações de sua responsabilidade e, assim, controlar as mudanças de estado (ALFARO-LEFEVRE, 2005), (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

Como metodologia ele proporciona as evidências para embasar as ações, apontar e justificar as seleções de determinados problemas e direcionar as atividades de cada um dos integrantes da equipe de enfermagem, além de ser um método de registro das ações, fato que contribui para sua continuidade e visibilidade do cuidado (WESTPHALEN; CARRARO, 2001).

Correlacionando o PE e o cuidado da criança em ambiente hospitalar, é importante frisar que o modelo de cuidado utilizado pela enfermagem pediátrica no Brasil atualmente está pautado na humanização da assistência, e tem como base, as políticas públicas de saúde adotadas pelo Ministério da Saúde (MS), na perspectiva da universalidade, equidade e integralidade, com a utilização de tecnologias, e a valorização de crenças e modos de vida (COLETT, 2001), (GAÍVA; SCOCHI, 2004), (SOUSA; GOMES; SILVA; SANTOS; SILVA, 2011).

Considera-se então, que o cuidado prestado deve estar aliado a uma visão humanista e que contemple essa atenção em relação ao contexto social, cultural e econômico no qual estão inseridos a criança e sua família.

Em virtude das especificidades da assistência pediátrica, que associa a intervenção adequada ao nível do crescimento e desenvolvimento infantil, os trabalhadores de enfermagem que prestam cuidados a este período da vida, independente do seu grau de qualificação, enfrentam um cotidiano de trabalho com muitas exigências e cobranças.

Nestes espaços de atendimento a criança e de trabalho multidisciplinar o enfermeiro precisa de boa articulação para estabelecer conexões com os saberes e intervenções distintas dos diversos profissionais da equipe. Para Gaíva e Scochi (2004), o conhecimento deve ser compartilhado e experienciado principalmente em virtude das características de vulnerabilidade do recém-nascido, penso que, esta conduta também deve se estender ao atendimento a todas as fases da infância. Salienta-se que um método

rigoroso de trabalho se faz necessário para alcançar tais objetivos, facilitando as tomadas de decisões que levam a melhora do quadro clínico do cliente respeitando o envolvimento familiar.

Essa argumentação é ratificada por autores que analisam que a enfermagem que atua no cuidado à criança deve exercer a sua função utilizando método científico rigoroso: investigando, avaliando, planejando e realizando procedimentos que favoreçam o bem-estar do cliente e sua família, e para atingir tal objetivo é necessário que o enfermeiro esteja inserido na rede social de cuidados de forma consciente, competente, tanto técnica quanto cientificamente (RIBEIRO; ANGELO, 2005), (WOISKI; ROCHA, 2010).

Nessa perspectiva, a SAE oferece respaldo, segurança e o direcionamento para o desempenho das atividades, contribuindo para a credibilidade, competência e visibilidade da Enfermagem e conseqüentemente, para a autonomia e satisfação profissional. A SAE é um caminho de autonomia para a profissão, pois ela representa uma estratégia reconhecida por permitir uma aproximação do enfermeiro ao paciente, tanto no momento da sua elaboração quanto na prestação do cuidado, por exigir conhecimento científico, responsabilidade e compromisso profissional (NEVES, 2010), (MENEZES, PRIEL, PEREIRA, 2011), (VITURI; ÉVORA, 2015).

Entretanto minha experiência como docente, o contato com colegas de profissão atuantes na assistência hospitalar e a leitura de publicações da área, atentam para um cenário onde se faz necessário uma maior sensibilização quanto ao emprego da SAE pelo enfermeiro. Observo uma fragmentação no processo do cuidar em virtude da dicotomia entre o processo de formação do enfermeiro e sua atividade prática no mundo do trabalho. Falta consonância entre o aprendido e o vivenciado, o que favorece a perdas no referencial pelo não uso ou uso parcelado da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

A ausência desta metodologia assistencial no cuidado à criança, transforma as práticas de enfermagem durante a internação em meras replicações procedimentais, ou seja, a técnica pela técnica (*fazer sem saber*) ou até mesmo falhas na implementação destas como o uso de fórmulas pré-determinadas (*fazer por fazer*) não individualizadas.

Andrade e Vieira (2005), apontam algumas situações como possíveis causas do pouco ou não uso da SAE nos estabelecimentos de saúde: a falta de base científica, conhecimento, habilidade e atitudes para a fiel implementação, o número reduzido de enfermeiros nos serviços, o envolvimento dos enfermeiros em processos administrativos em detrimento ao processo assistencial.

Após um período de reflexão sobre a temática e associando-a, ao ambiente e as exigências do cuidado à criança questionei: Quais seriam as causas para o não uso da PE pelos enfermeiros que assistem crianças? Qual a importância atribuída a esta prática pelos enfermeiros pediátricos? Qual a representação social da SAE para enfermeiros que trabalham em setores com características tão específicas?

É de fundamental importância que toda a equipe de enfermagem compreenda e incorpore o método científico no desenvolvimento do processo de cuidar cotidiano, gerando a sua competência profissional. Entende-se que a percepção da SAE pela equipe que presta cuidado à criança influencie na atividade terapêutica favorecendo o bem-estar e reforçando-a como uma prática baseada em evidências.

Considerando a SAE como uma construção social para a enfermagem e aceitando que os diversos indivíduos constroem e reconstróem seus conhecimentos segundo suas representações sociais sobre o objeto, a partir de sentimentos, atitudes, conhecimentos, comportamentos e experiências vivenciadas, se faz necessário apreender qual a representação social a cerca desta ferramenta que subsidia as práticas cotidianas do enfermeiro no ambiente de cuidado a criança.

Ambiente este que em virtude das suas peculiaridades e singularidades requer uma dinâmica assistencial única, com o uso de diversos tipos de tecnologias, algumas exclusivas e atreladas as especificidades de um corpo ainda em desenvolvimento. As representações sociais não implicam sempre uma perspectiva de intervenção, mas toda intervenção supõe, necessariamente, se considerar as representações sociais (RANGEL, 2004).

Dessa forma, por apresentar várias faces e um caráter multidisciplinar, a Teoria das Representações Sociais - TRS inaugurada por Moscovici (1962), tem contribuído bastante nas investigações da área de saúde, pois revela grande utilidade, particularmente, na enfermagem. Em decorrência da sua relevância social, da sua composição polimorfa que contempla conceitos, proposições, explicações originadas na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais, tecida por um conjunto de elementos de natureza diversa, como os processos cognitivos, inserções sociais, fatores afetivos, e sistema de valores (SÁ, 2002).

Diante destas considerações iniciais entende-se ser importante e justificável proceder um estudo que desvele os processos de elaboração, organização e funcionamento das Representações Sociais da SAE no atendimento a criança pelos

enfermeiros. Espera-se contribuir para a melhoria do cuidado prestado pois a compreensão das relações entre o conhecimento e a prática assistencial nessa fase da vida, permeadas pelas crenças e valores dos envolvidos, possa fortalecer o profissional enfermeiro garantindo-lhe autonomia e qualidade assistencial.

Dessa forma este estudo tem como objetivo geral: Conhecer as representações sociais acerca da SAE de enfermeiros que atuam no cuidado à criança em hospitais. Pretende-se ainda atingir os seguintes objetivos específicos:

1. Apreender o conteúdo das representações sociais dos enfermeiros acerca SAE;
2. Apreender a estrutura das Representações Sociais dos enfermeiros acerca da SAE.
3. Identificar onde e como as representações foram forjadas.
4. Identificar o grau de conhecimento dos enfermeiros acerca da SAE.
5. Apontar quais os aspectos facilitadores e dificultadores para a utilização da SAE nos diferentes espaços de cuidado a criança.

O texto esta estruturado em cinco partes, organizando-se da seguinte forma:

- Parte I – Revisão de Literatura: Com a finalidade principal de apresentar os conceitos a partir de uma breve discussão teórica do problema.
- Parte II - Referencial Teórico: Com a intenção principal de apresentar o constructo teórico e de validar a dimensão interna da pesquisa.
- Parte III – Método: expõe o caminho metodológico seguido, a fim de apreender as representações sociais relacionadas à SAE.
- Parte IV – Resultados e Discussão: revela, de forma detalhada, os resultados obtidos, caracterizando os personagens e explicando as representações do grupo acerca da SAE, aproximações e dificuldades encontradas no ambiente para o desenvolvimento desta.
- Parte V – Conclusão: apresenta respostas aos objetivos desta pesquisa e reflexões a respeito das dimensões que permeiam as representações sociais da SAE no atendimento de crianças.

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1 O CUIDADO DE ENFERMAGEM

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

(Florence Nightingale)

Falar do cuidado é falar da história, de como fomos e somos cuidados, o que evidencia a dimensão ontológica do cuidado, elemento constituinte do ser humano. Trata-se para Heidegger (1989), do solo em que se move toda a interpretação do ser humano, em sua visão humanista, não sendo possível compreender o ser humano, se não nos basearmos no cuidado. O cuidado do outro requer uma atitude fundamental, um modo de agir em que a pessoa se desvincula de si própria e centra-se no outro, com desvelo e solícitude (HEIDEGGER, 2008).

Podemos afirmar que o ser humano é essencialmente um ser de necessidades a serem satisfeitas e, por isso, um ser em busca de cuidado, gregário, social, sujeito histórico que constrói relações sociais inseridas nas mais diversas condições culturais. (BISON, 2003).

O ser humano vem dotado de sacralidade, dados os seus inalienáveis direitos e deveres, e evolui constantemente rumo ao futuro. Na trajetória histórica do seu viver, molda-se mediante a cultura, o meio ambiente o grupo social a que pertence, introjetando valores, princípios e idealização que darão suporte a suas atitudes, ações e opiniões (BOFF, 1999).

Como uma atitude e característica primeira do ser humano, o cuidado revela a natureza humana, é a maneira mais concreta de ser humano. Sem o cuidado, o homem deixa de ser humano desestrutura-se, definha, perde o sentido e morre. Se ao longo da vida não fizer com cuidado tudo o que empreender, acaba por prejudicar a si mesmo e por destruir o que estiver a sua volta (BOFF, 1999).

O cuidado apenas aparece quando a existência de alguém adquire significado. Nesse sentido, passamos a cuidar, participar do destino do outro, de suas buscas, sofrimentos e sucessos (BOFF, 1999). É um fenômeno culturalmente construído, pois

cada povo tem sua maneira própria de definir, compreender e expressá-lo (LEININGER, 1978). É ação de manutenção à vida que garante a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis, mas que são diversificadas na sua manifestação (LIMA; VARGENS; QUITETE; MACEDO; SANTOS, 2008).

Para Horácio (65-8 AC) apud Heidegger (2008), o cuidado é o permanente companheiro do ser humano, que nunca deixará de amar e desse desvelar por alguém. O cuidado permite ao ser humano viver a experiência fundamental do valor daquilo que o cerca, que tem importância e definitivamente conta, ou seja, o valor intrínseco de cada coisa.

A expressão cuidado/cuidar tem inúmeros sentidos. Na definição de Aurélio (2016), cuidado é sinônimo de atenção, zelo, desvelo, responsabilidade por preocupação para com alguém. Em Volichi (2000), tem-se a descrição etimológica do termo, mediante diferentes culturas:

- 1) Do latim: cura, tem o significado de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa ou objeto amado; cogitare – cogitatus, que significa cogitar, pensar, mostrar interesse, solicitude, atenção, bom trato
- 2) Do inglês arcaico: carion tem o sentido de ter preocupação, sentir inclinação, dar preferência, respeitar, considerar, ter afeto, ter simpatia,
- 3) Do termo gótico: Kara/Karon, expressando aflição, pesar, tristeza

O verbo cuidar em português denota atenção, cautela, desvelo, zelo. Assume ainda características de sinônimo de palavras como imaginar, meditar, empregar atenção ou prevenir-se. Representa mais que um momento de atenção. É na realidade uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o ser cuidado (REMEN, 1993; BOFF, 1999; WALDOW, 2001; SILVA et al., 2001).

Desta forma compreende-se então, que o cuidado é necessário aos seres humanos a fim de permitir a continuidade da vida das pessoas, dos grupos e das sociedades, pressupõe-se que sua origem esteja relacionada a qualquer pessoa que ajude outra a ter garantida a manutenção da sua vida, e não a um ofício ou profissão (COLLIÈRE, 1999).

Assim, em seu sentido mais original, o cuidado não tem nenhuma relação com profissão, é uma prática (COLLIÈRE, 1999). Por profissão, entende-se como uma ocupação cujas obrigações criam e utilizam de forma sistemática o conhecimento geral acumulado na solução de problemas postulados por um cliente (MACHADO, 1995).

O cuidado não é próprio ou privativo de nenhuma prática profissional, para caracterizar-se como cuidado de enfermagem, é necessária a apropriação do cuidado humano nato, porém com a intencionalidade da ação (FILHO,1997).

A prática de cuidar na Enfermagem, nasceu como intuição feminina no seio familiar para depois caminhar na direção de tornar-se uma ciência humanizada, respaldada, inicialmente, no conhecimento de outras ciências para, mais recentemente, procurar fundamentação em teorias próprias, ao que se denomina Enfermagem Moderna (GEOVANINI, 2002).

Ao longo dos seus 150 anos de trajetória, desde sua fundação no século XIX, a enfermagem se fortalece como a profissão voltada à “arte e ciência do cuidar”. Nesse contexto, a enfermagem como ciência, agrega e investe sistematicamente na construção de uma prática baseada em evidências, cientificamente apropriado à abordagem das pessoas que necessitam de conforto, bem-estar, atenção e alívio dos sofrimentos (CESTARI, 2003).

Já, a componente arte, expressa o encontro do *self* com a intuição, com a criatividade, com a imaginação, (re) valorizando o ser e suas interações com a vida. A enfermagem, ao adentrar no campo estético, possibilita uma nova visão sobre a prática da profissão e sua relação com a complexidade do ser humano. Estabelece uma visão transpessoal sobre o cuidado, direcionando-o para uma maior harmonia, perfeição e evolução, assim como aquela estabelecida durante a concepção de qualquer atividade artística (WALDO, 2001).

O cuidado de enfermagem está na maioria das vezes ligado ao conceito de saúde e doença, uma breve revisão das definições conceituais de cuidado e cuidar, indicam esse entrelaçamento descrito por diferentes teóricos.

Para Peplau (1992), a enfermagem é terapêutica, pois auxilia o indivíduo doente e/ou necessitado de cuidados, através da relação interpessoal, apresentando-se como um agente especialmente preparado para reconhecer essa necessidade de ajuda e a ela responder. Newman (1991), afirma que a enfermagem é o estudo do cuidar na experiência de saúde humana. Henderson (1973), insere o indivíduo como foco do cuidado, sendo a enfermagem o instrumento para auxiliá-lo através de atividades fundamentais que mantenham a saúde, recuperem-na ou contribuam para uma morte digna (POTTER; PERRY, 2004).

O cuidado como conduta implica uma gama de atitudes e sentimentos que permitem a quem o executa e a quem o recebe uma interação capaz de produzir efeitos extremamente benéficos para ambas as partes.

O cuidado de Enfermagem é expresso através da garantia do alívio do sofrimento e manutenção da dignidade em meio às experiências de saúde, doença, vida e morte. O cuidado humano dispensado pelo enfermeiro deve atingir, além dos clientes e seus familiares, a sua equipe de modo a garantir melhor relacionamento, interdependência, coesão e competência (WALDOW, 2001).

Portanto o cuidado de enfermagem consiste em ações em defesa de um funcionamento comportamental adequado, que previna a doença ou, caso de algum desequilíbrio, ofereça uma assistência que conduza a homeostase (BISON, 2003).

Ele é complexo e demarcado por um amplo cenário de possíveis ações. O cuidado de enfermagem é universal, multidimensional e singular considerando os sistemas social, econômico e cultural dos envolvidos (COLLIÈRE, 1999).

O cuidado compõe a linguagem da enfermagem e, ao visualizá-lo como um modo de ser, relacional e contextual, caracteriza-se como a única ação verdadeiramente independente do enfermeiro (WALDOW, 2015). Para conferir autonomia profissional, o ato de cuidar deve ser organizado de forma a respeitar a singularidade da experiência do adoecer e viver, e significar um conjunto de relações e interações entre os indivíduos envolvidos no processo (FERREIRA; PEREIRA; SOUZA; ALMEIDA, 2016).

Portanto a atuação da enfermagem esta compreendida em uma zona de intercessão entre o cuidado e o tratamento. E embora esses possam ser confundidos com a aplicação de uma técnica, são, na verdade, frutos de um conjunto de ações que se baseiam nas leis que presidem a saúde, com as quais se confundem, porque são da mesma natureza e essenciais tanto para a manutenção quanto para a reparação da vida (COLLIÈRE, 1999).

Gamboa (1997), preconiza que cuidar não é um ato único, nem mesmo a soma de procedimentos técnicos ou qualidades humanas. Trata-se do resultado de um processo em que se conjugam sentimentos, valores, atitudes e princípios científicos, com a finalidade de satisfazer os indivíduos nele envolvidos.

Portanto para que o cuidado ocorra, é mister que a intenção do cuidador fique clara, ou melhor, seja demonstrada genuinamente por palavras e ações. Esta ação é repleta de sensibilidade delicadeza, solidariedade e profissionalismo, pois, deve excluir preconceitos de qualquer ordem e utilizar a relação interpessoal como base entre seres

humanos (WALDOW, 2001). Nesse sentido, o cuidado é entendido como ação que vai além de procedimentos técnicos, engloba envolvimento e compromisso com o outro, tornando-se, portanto, uma ação humanizada (HEIDEGGER, 2008).

De acordo com Collière (1999), os cuidados de enfermagem organizam-se em duas tendências, segundo a sua natureza: os cuidados de manutenção (*care*), que se caracterizam por um conjunto de ações que asseguram a continuidade da vida e os cuidados de reparação ou tratamento (*cure*), que se organizam em torno de um conjunto de ações dispensadas quando a vida se depara com algum obstáculo. Ambos são necessários para a manutenção humana, porém mudam de foco de acordo com o contexto da saúde ou da doença constituindo o fazer da enfermagem (COLLIÈRE, 1999; BORGES, 2011).

Quanto à natureza, os cuidados (*care*) são descritos no Quadro 1:

Quadro 1- A natureza dos cuidados (care)

CUIDADOS CARE	
Cuidados de estimulação	Despertam as capacidades fundamentais da vida, seja no início (como mamar e respirar) ou após situações que diminuíram essas capacidades (como voltar a andar após um período de coma).
Cuidados de confortação	Que fortalecem a segurança física e afetiva, permitindo aquisição de confiança e favorecendo a renovação e a integração da experiência.
Cuidados de parecer	Que promovem a imagem de si próprio e o sentimento de pertença ao grupo e são fundamentais para manter o desejo de comunicação e partilha.
Cuidados de compensação	Que substituem aquilo que ainda não foi totalmente adquirido ou que foi perdido, assegurando as funções vitais.
Cuidados de manutenção da vida	Que atendem às necessidades da vida cotidiana, como lavar-se e vestir-se.
Cuidados de apaziguamento	Que permitem o alívio da dor e contribuem para superar melhor os momentos de grande sofrimento, facilitando a melhor utilização dos recursos físico-afetivos e atenuando a repercussão psicomenta desses momentos.

Fonte: Collière, 1999.

A doença é o campo de atuação do enfermeiro nos cuidados (*cure*). Nesse domínio diferentes níveis de responsabilidade são estruturados: 1 - atuação com total autonomia, que depende apenas da decisão e iniciativa do enfermeiro; 2 - atuação que está acoplada à prescrição do médico, ligado ao diagnóstico e tratamento da doença; e 3 - atuação onde as responsabilidades são compartilhadas e que depende do enfermeiro para execução do tratamento (COLLIÈRE, 1999).

É necessário a distinção da natureza dos dois tipos de cuidado e a compreensão de que ambos são importantes para o bem estar completo do indivíduo, não devendo haver a valorização de um sobre o outro. Collière (1999) considera:

Quando há prevalência do cure em sobre o care, isto é, dos cuidados de reparação negligenciando os cuidados cotidianos e habituais, há aniquilação progressiva de todas as forças vivas da pessoa, de tudo que a faz desejar reagir, porque há esgotamento das fontes de energia vital, sejam de que natureza forem (física, afetiva, social, etc.). Esta aniquilação pode ir até a deterioração irreversível.

Neste sentido, a enfermagem assume uma dimensão holística, estabelecendo-se como uma prática de cuidado integralizadora auxiliando a fortalecer os vínculos entre o sentir saber- fazer (WALDO, 2001).

Salienta-se então que, o cuidado é entendido como ação que vai além de procedimentos técnicos, englobando o envolvimento e o compromisso com o outro, tornando-se, portanto, uma ação humanizada. Situado numa relação com tudo o que melhora as condições que favorecem a promoção e prevenção da saúde, objetivando limitar a doença e, por outro, em relação a tudo que recupera, revitaliza a pessoa doente (BORGES, 2011).

1.2 A TRAJETÓRIA DE CONSTRUÇÃO DE UM MÉTODO SISTEMATIZADO

A Enfermagem enquanto arte do cuidado é voltada à assistência do indivíduo e das pessoas a ele relacionadas no ambiente em que estão inseridos, promovendo-lhes saúde, prevenindo agravos, reabilitando e melhorando seu estado físico e mental, oferecendo-lhes conforto e respeitando sua singularidade e dignidade (HORTA, 1979). As relações da enfermagem com o cuidado são antigas, e no desenvolvimento da profissão, vários paradigmas influenciaram essa relação.

O processo histórico do cuidado coincidiu com a origem das espécies vivas. Historicamente as mulheres são os primeiros seres a praticar a medicina, no sentido de tratamento e cura, em virtude das práticas de agricultura que lhes conferiu a capacidade de tratar, medicar e cuidar. As práticas domésticas determinadas pela divisão sexual do trabalho, como a dedicação à casa, família, os cuidados aos idosos, entre outras, capacitam a mulher em garantir ou compensar funções vitais desde o nascimento até a morte. São nas atividades de cuidar do outro que as mulheres inicialmente expressam uma forma de relação com o mundo (WALDOW, 2001).

As lutas com a finalidade de assegurar a continuidade da vida utilizando-se da proteção reflexa e instintiva, fez o cuidado feminino se tornar objeto do xamã ou feiticeiro, depois do sacerdote e, mais tarde, do médico (OGUISSO, 2005).

Sobre influência religiosa o cuidar foi centrado na disciplina e obrigação em realizar tarefas (CARNEIRO, 2008). Dando inicialmente à profissão uma aproximação cultural com esse cuidado não profissionalizado. A este respeito Alcântara (1963) apud Oguisso (2005), fez referências identificando o cuidado caritativo como valorizado pela sociedade, e o cuidado profissionalizado como desprestigiado. Kruse (2006) afirma que nesse momento “cristão” da enfermagem, a atenção dedicada aos doentes era reconhecida como missão para alcançar a vida eterna das cuidadoras.

Esta prestação de cuidados que inicialmente era intuitiva, em virtude das características do momento evolutivo passa a buscar a rigorosidade dos princípios científicos através do desenvolvimento do pensamento crítico fazendo com que aspectos biológicos do ser humano se transformassem no referencial norteador da assistência (OGUISSO, 2005).

Com o advento científico e tecnológico, a enfermagem passa a incorporar à sua prática algumas técnicas e procedimentos, passando a seguir normas e regras em detrimento dos aspectos unicamente humanísticos do cuidado. Assim, a prática passou a seguir o modelo biologicista, centrado na cura da doença e não no sujeito (BUENO; QUEIROZ, 2006).

Neste momento vigorava a valorização da técnica pela técnica, a competência da enfermagem estava diretamente ligada à destreza manual e à rapidez no desempenho dos procedimentos, uma das qualidades do enfermeiro era a subserviência. A ausência de justificativas das ações desempenhadas e de questionamentos aos “porquês” a cada

situação contribuíram para a desvalorização do trabalho, limitando a Enfermagem a condutas meramente curativas. (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Entre as décadas de 40 e 60 do século XIX, a Enfermagem preocupou-se em fundamentar suas ações, conferindo-lhe cientificidade. Segundo Lopes e Santos (2010), a participação de Florence Nightingale na Guerra da Criméia em 1854 foi determinante para conferir à Enfermagem o estatuto sócio profissional que lhe faltava. Suas ações foram tão significativas que originaram profundas mudanças na saúde em todo o mundo. Sua habilidade empreendedora instaurou no campo da saúde processos de melhoria contínua, baseados no levantamento de dados estatísticos sobre os potenciais riscos de infecção, ou seja, a sistematização de cuidados diretos com o paciente (BACKES; SCHWARTZ, 2005). Com sagacidade e competência Florence reestruturou os serviços de saúde de sua época, despertando um olhar mais apurado para o cuidar.

Florence também é a responsável pela fundação da primeira escola de enfermagem na Inglaterra, aproximando a prática da enfermagem à aspectos modernos e científicos e incentivando a criação de outras escolas de enfermagem. Segundo Atkinson e Murray (1989, p.6), “as primeiras escolas nos EUA e Canadá praticamente copiaram as escolas Nightingale da Inglaterra”. Desta forma, estimulou outras enfermeiras a analisarem a qualidade do trabalho prestado e a re-pensarem a Enfermagem enquanto profissão.

Os avanços na formação educacional e no cuidado prestado foram determinantes para a qualificação da assistência, e estimulou as enfermeiras a criarem teorias que direcionavam as ações próprias da Enfermagem, ou seja a construção de um corpo de conhecimentos próprio do enfermeiro.

Surgiram os Estudos de Caso, precursores dos Planos de Cuidados, propostos como uma forma de organização e individualização do cuidado de enfermagem. A primeira descrição do método de estudo de caso foi publicada no *Student's Handbook on Nursing Case Studies* em 1929, por Deborah Maclurg Jensen, com o objetivo de guiar o estudante na elaboração de estudos de caso na Escola de Enfermagem da Universidade de Yale (NEVES, 2010).

Desta forma, o conhecimento proporcionado pelos Planos de Cuidados influenciou a elaboração dos processos de enfermagem. Nessa época, tal processo organizava-se em torno da doença e era, do ponto de vista do conhecimento específico da enfermagem, “um esqueleto sem roupa” como afirma Gordon (2002).

O conceito de Processo de Enfermagem - PE foi introduzido na década de 1950 como um processo sistematizado, compreendendo etapas como histórico, planejamento e evolução. Este, tornou-se parte do referencial conceitual de diversos currículos de Enfermagem no mundo e estava baseado na observação e na mensuração como caminho para a análise dos dados. (DOENGES; MOORHOUSE; GEISLER, 2003).

Conforme Pesut e Hermam (1999) apud Neves (2010), o PE tem três gerações. A primeira situa-se no decorrer das décadas de 1950 a 1970, quando foi identificada como problemas e processo. A segunda ocorreu entre 1970 a 1990, com a inserção do diagnóstico de enfermagem. A terceira geração situa-se a partir de 1990, seguindo até os dias de hoje, esta geração realiza todas as etapas do PE fazendo a especificação e o teste dos resultados.

Nos anos 70 houve uma grande preocupação da enfermagem com o desenvolvimento de teorias próprias, como um meio de estabelecer a enfermagem como profissão (HERMIDA, 2004). Espírito Santo e Porto (2006), salientam que o desenvolvimento das teorias representa uma tentativa de ampliação ou renovação de conhecimento, como um saber específico para a Enfermagem. Constituem a base da assistência a ser prestada, sustentando as decisões do enfermeiro. O desenvolvimento destes modelos/sistemas conceituais e teorias de enfermagem onde o cerne da enfermagem tem sua natureza e o escopo refletidos com base em ponto de vista filosófico forneceu o foco conceitual necessário ao PE (GORDON, 2002).

Quadro 2 - Cronologia dos Modelos Conceituais em Enfermagem (1952 – 1989)

Ano primeira publicação	Teórica	Ênfase – Chave
1952	Hildegard E. Peplau	Processo interpessoal é a força de amadurecimento da personalidade
1960	Faye G. Abdellah Irene L. Beland Almeda Martin Ruth V. Matheney	Os problemas dos pacientes determinam o cuidado de enfermagem
1961	Ida Jean Orlando	O processo interpessoal alivia o sofrimento
1964	Ernestine Weidenbach	O processo de ajuda atende as necessidades através da arte de cuidado individualizado

Continuação Quadro 2 - Cronologia dos Modelos Conceituais em Enfermagem (1952 – 1989)

Ano primeira publicação	Teórica	Ênfase – Chave
1966	Lydia E. Hall	O cuidado de enfermagem é dirigido à pessoa e voltado para a auto-estima
1967	Myra E. Levine	O holismo é mantido conservando a integridade
1970	Martha E. Rogers	O ambiente da pessoa são campos de energia que evoluem “negentropicalmente”
1971	Dorothea E. Orem	O autocuidado mantém a integralidade
1971	Imogene M. King	As transações fornecem um parâmetro de referência em direção ao estabelecimento de metas
1974	Sr. Callista Roy	Os estímulos rompem um sistema adaptável
1976	Josephine G. Paterson Loretta T. Zderad	Enfermagem é uma experiência existencial de cuidar
1978	Madeleine M. Leininger	O cuidado é universal e varia através das diferentes culturas
1979	Jean Watson	O cuidado é ideal no sentido moral: mente-corpo-alma engajados um ao outro
1980	Dorothy E. Johnson	Os subsistemas existem em estabilidade dinâmica
1981	Rosemarie Rizzo Parse	Seres indivisíveis e ambiente, em conjunto criam a saúde
1989	Patricia Benner Judith Wrubel	O cuidado é vital para a essência da enfermagem. Estabelece o que é importante, permitindo conexão e consciência. Cria possibilidade de ajuda mútua

Fonte: POTTER; PERRY. Fundamentos de enfermagem. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004, p 68-80

Conforme ressalta Waldow (2001) as Teorias de Enfermagem, em sua essência tinham a intenção de humanizar o cuidado. Alguns teóricos defenderam a idéia do cuidado integral e incluíram em seus modelos as dimensões biológicas e psicossociais, inclusive a espiritual e o meio ambiente, enfatizando a direção e a prioridade das ações para o ser humano.

Fato é que a enfermagem nesta proposição se aproxima da visão positivista da saúde, produzindo uma prática de cuidado dos corpos, dentro de uma associação de conhecimentos baseado em teorias de enfermagem, ou seja, o saber próprio do enfermeiro (KRUSE, 2006).

O interesse pelo PE cresceu rapidamente nas escolas de Enfermagem, sendo, inicialmente, utilizado com um instrumento de ensino, tornando as ações de enfermagem em acordos como o método científico. Na década de 60 apenas poucos hospitais dos Estados Unidos e no Reino Unido, haviam implementado essa metodologia de assistência. Foi na década de 70 que o PE começou a ser utilizado nos hospitais embora ainda com dificuldades, servindo principalmente como guia para normatizar a prática de enfermagem. (DE LA CUESTA, 1983), (TEIXEIRA; PAIM; SANTO, 2004).

O Processo de Enfermagem, enquanto metodologia científica propõe-se a organizar e sistematizar o cuidado, fornece subsídios para que o enfermeiro reconheça alterações no estado de saúde dos clientes que necessitam de intervenções individualizadas, visando a reabilitação dos mesmos. O planejamento de uma assistência personalizada a cada cliente possibilita a adoção de intervenções de acordo com as necessidades específicas a ele, considerando-o em sua singularidade e norteando o cuidado prestado. Contribuem com a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. (TRUPPEL et. al, 2009).

A SAE é um processo que instrumentaliza o enfermeiro para uma atuação científica baseada em evidências e contribui para solidificar a atuação desse profissional, o que será um diferencial dentro da equipe de enfermagem. Este processo desenvolvido através do PE respalda o enfermeiro a realizar, com maior eficácia, ações de supervisão, de avaliação e de gerenciamento dos cuidados prestados pela equipe, bem como acompanhar os resultados das ações implementadas (MUSSI et al, 1997).

Para este conceito, destaca-se que a SAE envolve todos os elementos do processo de trabalho em enfermagem. Assim podem-se elencar diversos componentes que influenciam o funcionamento desse sistema, ou seja, o cenário de saúde escolhido, os recursos humanos existentes, o método de assistência de enfermagem adotado e a implantação das etapas do processo de enfermagem, bem como seus instrumentos (NEVES, 2010).

Segundo Leopardi (2006), a SAE organiza o trabalho segundo as fases do seu fluxo. Implica tanto a definição da natureza do trabalho a ser realizada. Quanto a definição

do PE, desde a base técnico-filosófica até o tipo de profissional requerido, as técnicas, os procedimentos, os métodos, os objetivos e os recursos materiais para a produção do cuidado. É a organização do trabalho de enfermagem quanto ao método, pessoal e instrumentos, de modo que seja possível a realização do PE (LEOPARDI, 2006).

1.3 A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO BRASIL - ASPECTOS LEGAIS

As iniciativas em planejar cientificamente a assistência de enfermagem no Brasil tiveram início na década de 50 por influência Norte Americana por meio das obras de Rogers e Henderson (GEOVANINI, 2002). No ano de 1965, o Congresso Brasileiro de Enfermagem, recomendou a utilização do plano de enfermagem tendo por repercussão do cientificismo que norteava a profissão, num contexto histórico em que a enfermagem abria campo para a produção científica. (PAIM, 1976). Dentro deste contexto surgiram os teóricos de enfermagem que visaram a construção de um arcabouço metodológico que desse suporte ao planejamento da assistência de enfermagem.

No Brasil, a sistematização das ações de enfermagem teve ênfase com Wanda de Aguiar Horta, a partir da publicação do livro intitulado, Processo de Enfermagem, na década de 70. Fundamentada na teoria das necessidades humanas básicas, orientada por Maslow, Wanda Horta propôs ações sistematizadas e inter-relacionadas para a assistência ao ser humano. Sabe-se que os estudos de Horta impulsionaram o ensino e a pesquisa do processo de enfermagem no Brasil, promovendo o desenvolvimento da metodologia científica (KLETEMBERG; MANTOVANI; LACERDA, 2004).

O marco conceitual de Horta, preconizou o processo de enfermagem na prática profissional. Essa teoria foi considerada como a essência da enfermagem e estimulou a utilização desta nova metodologia de trabalho nas escolas de enfermagem brasileiras (OGUISSO, 2005).

A SAE, foi reconhecida pelo Conselho de Enfermagem como atividade privativa do enfermeiro, segundo a Lei do Exercício Profissional nº 7486 de 25 de junho de 1986, visando planejar a assistência de enfermagem para assistir o ser humano integralmente, com ações específicas, que possam colaborar para o bem-estar do indivíduo, família e comunidade. Entretanto, apenas em 2002 recebeu apoio legal do COFEN, pela Resolução nº 272, para ser implementada em âmbito nacional nas instituições de saúde brasileiras.

A Resolução COFEN 272/2002 – revogada pela resolução COFEN nº 358/2009, dispõem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, estabelecendo que compete exclusivamente ao enfermeiro, implantar, planejar, organizar, executar e avaliar o processo de enfermagem.

Assim sendo, esta resolução possibilitou também ordenar metodicamente e em todos os ambientes de atenção à saúde o trabalho prestado pelo enfermeiro, bem como direcionar as ações da equipe de enfermagem, para a promoção do cuidado particular e totalitário aos clientes.

Art 1º. O Processo de Enfermagem deve ser realizado de modo deliberado e sistematizado em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

§ 1º. – Os ambientes de que trata o caput deste artigo referem-se a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fabricas, entre outros.

§ 2º. – quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem

A referida Resolução define SAE como, a organização do trabalho profissional quanto ao método para a operacionalização do processo de enfermagem; e conceitua o processo de enfermagem como um instrumento metodológico que direciona e documenta os cuidados de enfermagem, baseado em um suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, o planejamento das ações, a implementação e que forneça a base para a avaliação dos resultados alcançados (COFEN, 2009).

Art 3º. O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados

Art. 4º. Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei no. 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto no 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das

respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas

Portanto, a implantação do processo de enfermagem requer o envolvimento profissional para a representatividade do enfermeiro na equipe de saúde, o que proporciona a construção de sua identidade na assistência e desmitifica conceitos errôneos quanto ao real papel do mesmo. Gonçalves et al. (2007), ressaltam que a SAE favorece o cuidado, em virtude de uma atenção individualizada, sistemática, planejada e baseada em evidências científicas, refletindo no desenvolvimento da profissão como ciência e integra as áreas da assistência, ensino e pesquisa.

1.4 ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O planejamento do cuidado representa um avanço para a equipe de enfermagem, por atestar a qualidade e eficácia do atendimento, expandir a visibilidade da atuação do enfermeiro e contribuir para a conquista do reconhecimento profissional perante o paciente, família e membros da equipe de saúde. Para Menezes, Priel, Pereira (2011), a implantação do processo de cuidado insere o enfermeiro em seu papel social e o assegura atuar com autonomia, contemplando o paciente com um cuidado qualificado, fundamentado nos princípios da integralidade e humanização, no conhecimento técnico científico, na responsabilidade profissional e nas relações interpessoais e institucionais estabelecidas.

Esta metodologia oferece suporte à consolidação profissional, o instrumento otimiza a comunicação com a equipe multidisciplinar, amplia a atuação do enfermeiro, organiza o serviço da equipe de enfermagem e beneficia a instituição e o sistema de saúde, que, com a documentação, tem informações relevantes para utilização na assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento de planejamento para ações voltadas para a saúde da população (TRUPPEL et al., 2009).

O processo de enfermagem é baseado em princípios e regras que são conhecidos por promover o cuidado de enfermagem eficiente. Ele é definido como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas visando a assistência ao ser humano, este

instrumento possibilita ao enfermeiro colocar em prática uma Teoria, para isso precisa estar inserido na realidade concreta de forma consciente, competente, técnica e cientificamente (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

A implantação da SAE, deve ser processo originado no conhecimento específico fruto de uma reflexão crítica e problematizadora acerca da organização e filosofia do trabalho de enfermagem, constitui-se um instrumento de fundamental importância para que o enfermeiro possa gerenciar e otimizar a assistência de enfermagem de forma organizada, segura, dinâmica e competente (BACKES; SCHWARTZ, 2005).

É uma atividade privativa do enfermeiro que, através de um método e estratégia de trabalho científico, realiza a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando a prescrição e implementação das ações de Assistência de Enfermagem, que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002), (TEIXEIRA; PAIM; SANTO, 2004).

A SAE requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas (HORTA, 1979), (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002), (TANNURE; GONÇALVES, 2010).

A implantação e o desenvolvimento da SAE nos ambientes de atuação do enfermeiro possibilitam benefícios para o cliente, para a profissão e para a instituição. Takahashi e colaboradores (2008) concluem que a assistência individualizada é uma prerrogativa da SAE e pressupõe a participação do paciente no processo de cuidar, mantendo sua autonomia, destacam também, que o cuidado individualizado articula uma relação favorável com a equipe multiprofissional, paciente e família favorecendo a humanização da assistência.

A autonomia do enfermeiro com a implantação/implementação do Processo de Enfermagem é considerada um benefício do uso deste método pois, imprime a possibilidade de o enfermeiro aplicar seus conhecimentos e conquistar o reconhecimento pela qualidade do cuidado prestado ao paciente, tanto na instituição como junto à família, refletindo seu papel na sociedade e na responsabilidade profissional. (DUARTE; ELLENSOHN, 2007), (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

Tannure e Gonçalves (2010), acrescenta ainda que trabalhar dentro de uma metodologia científica não apenas dá autonomia à profissão, como organiza o cotidiano

da equipe, pois permite a utilização de ferramentas apropriadas que facilitam os registros e controles. Para os serviços quantificarem a assistência, controlar custos e facilitar a auditoria, o uso do processo de qualidade.

A aplicação do processo de enfermagem proporciona uma assistência organizada e planejada para o acompanhamento contínuo do processo saúde-doença. Dessa forma, a atenção sistematizada viabiliza a identificação precoce das necessidades individuais e, com isso, promove a qualidade de vida e a prevenção de doenças.

1.4.1 Etapas e organização do Processo de Enfermagem

A SAE é um processo dinâmico, em constante avanço ético e legal, que atende aos princípios da profissão e classifica a assistência de enfermagem como um método organizado de planejamento e implementação de cuidados (CASAFUS, DELL'ACQUA, BOCCHI, 2013).

Logo, a SAE viabiliza ao enfermeiro atuar em diversos âmbitos e desempenhar atividades de assistência, supervisão, avaliação e gerenciamento do cuidado para promover mudanças na atenção à saúde da população. A Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o Processo de Enfermagem, que constitui um caminho metodológico organizado em etapas, que auxilia o enfermeiro no desenvolvimento do cuidado científico, humano e dinâmico tendo como alicerce teorias organizacionais (TANNURE; GONÇALVES, 2010).

De acordo com Horta (1979), o processo de enfermagem é uma série de ações sistemáticas visando certo resultado, ato de proceder, ação de ser feito progressivamente, qualquer fenômeno que mostra uma continua mudança no tempo, como o processo de crescimento, ou uma série de ações ou operações que conduzem definitivamente a um fim, caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos (HORTA, 1979).

Segundo Castellanos e Castilho (2000), o PE representa a implementação da SAE, elaborado a partir dos dados e levantamentos realizados pelo enfermeiro, visando a proporcionar o cuidado individualizado e de qualidade aos clientes, com embasamento científico. Por se tratar de um conjunto de elementos dispostos de uma forma determinada e coordenados entre si, para que possam funcionar como uma estrutura organizada da

assistência de enfermagem, é necessário engajamento não só das equipes, mas também da instituição hospitalar.

É uma metodologia de solução de problemas que requer habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, voltadas para a satisfação das necessidades do cliente e da família, buscando o alcance do bem-estar ou a melhoria da qualidade de vida pelo tempo que for possível (SILVA; DAMASCENO; CARVALHO; SOUZA, 2001).

O PE geralmente é elaborado a partir do desenvolvimento de cinco fases: Investigação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação. O número de fases em que se organiza o processo de enfermagem modifica-se de acordo com diversos autores, variando de quatro a seis fases. Esta divergência de opiniões consiste na questão de considerar a etapa de diagnóstico como uma etapa distinta ou considerá-la incluída na primeira etapa, o histórico. Importante se faz ressaltar, que essa divisão em etapas é útil para fins didáticos, sendo que, na prática, o processo de enfermagem deve ser integrado, com suas etapas inter-relacionadas e interdependentes (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Cianciarullo et al. (2005) expõem que durante todo o PE o enfermeiro utiliza-se de instrumentos básicos específicos para extrair do cliente subsídios que direcionem a assistência de enfermagem. Além da percepção sensorial apurada (visão, audição, fala, tato e olfato), o enfermeiro deve saber como e o que perguntar, bem como saber ouvir. Muitas vezes o paciente não fornece respostas concretas, e sim subsídios que instigam, alertando e direcionando os questionamentos.

Fase I – Investigação / Histórico de Enfermagem

O primeiro passo para a realização do PE é a Investigação. É a etapa que oferece a estrutura pela qual se justifica o plano de cuidados adotado pelo enfermeiro. Possibilita obter informações precisas, completas e estruturadas do indivíduo e do contexto em que está inserido, servindo de base para as próximas fases. (ALFARO-LEFEVRE, 2005), (NEVES, 2010).

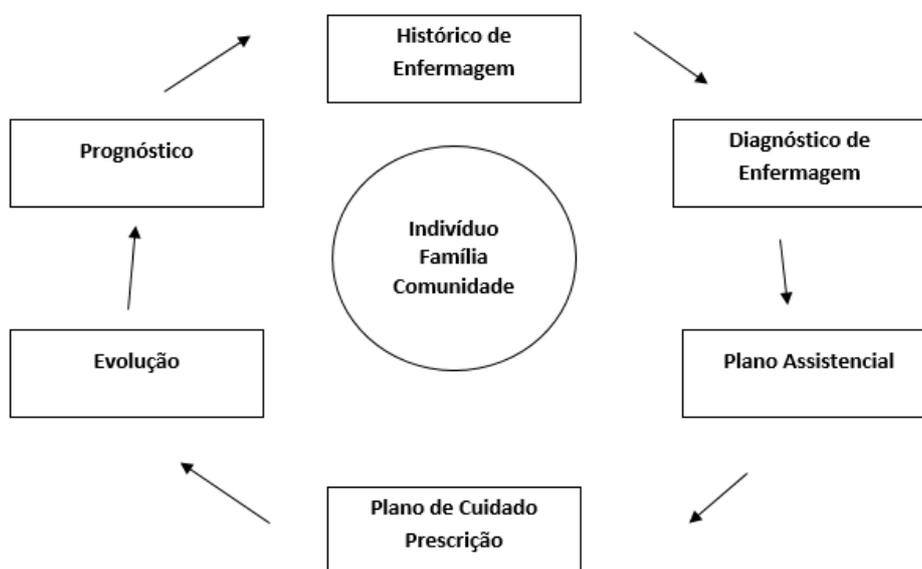
Desta maneira, Tannure e Gonçalves (2008), enfatiza que a pontualidade e a autenticidade dos dados coletados contribuem na identificação e delimitação das características biopsicossociais do cliente, norteando o cuidado a ser estabelecido.

A coleta de dados para a construção do histórico não é realizada apenas nesta fase inicial, mas perdura durante todo o tempo em que o cliente estiver assistido, finalizando ao momento em que este receba alta (ATKINSON; MURRAY, 1989). Para Alfaro-

LeFevre (2005) pode-se colher dados diretamente do indivíduo ou obtê-los indiretamente, de outras fontes, como pessoas, prontuários ou exames.

Desta forma para atingir o objetivo fim desta fase do processo, a construção do instrumento de coleta de dados não pode ser ação estática e pontual. A elaboração deste instrumento deve ser ação dinâmica, podendo sofrer alterações constantes para que atenda os propósitos da SAE.

Figura 1. Etapas do Processo de Enfermagem – Modelo Wanda de Aguiar Horta



Fonte: Horta, 1979.

Sendo assim, deve levar em consideração o marco teórico utilizado pelo serviço ou setor e a visão dos paradigmas de enfermagem utilizados naquele espaço (NASCIMENTO; BACKES; KOERICH; ERDMANN, 2008). O instrumento deve capturar informações relevantes e determinantes a todo o PE. Barros (2009) complementa que, além de ser adequado ao público a que se destina, deve-se considerar as peculiaridades da equipe de Enfermagem e as particularidades de cada Instituição onde o instrumento de coleta de dados será utilizado.

Os formulários são importantes porque padronizam os registros e respaldam legalmente as ações de enfermagem. As anotações devem conter termos técnicos, numa

sequência lógica e objetiva, para que permita a continuidade do planejamento dos cuidados prestados. São também importantes para a consulta de pesquisa e ensino, fonte de dados e para processos administrativos (BORGES-BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006) (SILVA; OLIVEIRA; NEVES; GUIMARÃES, 2011).

O enfermeiro deve também para sucesso desta fase, estabelecer uma relação de confiança, uma comunicação sem ruídos com o cliente de forma a capturar informações relevantes. Deve valer-se da ética e respeitar o cliente em sua singularidade e dignidade, sua privacidade, seus hábitos pessoais e crenças, mantendo em sigilo os dados obtidos, abstendo-se de pré-julgamentos (ALFARO-LEFEVRE, 2005), (SOUSA; GOMES; SILVA; SANTOS; SILVA, 2011).

Fase II - O Diagnóstico de Enfermagem

A partir dos dados coletados é possível estabelecer o Diagnóstico de Enfermagem. Estes são interpretações científicas dos dados levantados, usados para orientar o planejamento de enfermagem, a implementação e a avaliação (NANDA, 2008). No processo de elaboração desta segunda fase, o enfermeiro deve fundamentar-se em evidências, a partir dos indicadores obtidos ao momento da investigação, possibilitando a validação dos seus diagnósticos e intervenções por outra pessoa (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

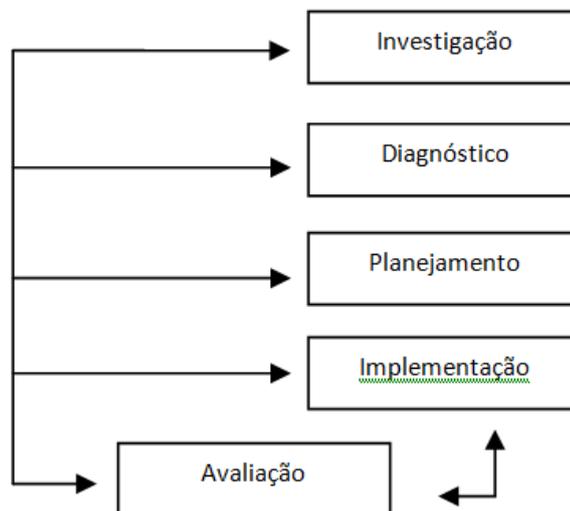
Segundo Tannure e Gonçalves (2010), o enfermeiro deverá ter capacidade de análise, de julgamento, de síntese e de percepção, ao interpretar dados clínicos. Alfaro-LeFevre (2005), complementa que os erros na elaboração de diagnósticos levam a intervenções equivocadas, e até mesmo nocivas ao paciente. Ainda nesta etapa, é possível detectar a necessidade de um cuidado multidisciplinar, com a atuação de profissionais de outras áreas, de forma a atender o cliente em sua totalidade.

Uma vez identificadas às necessidades do cliente, é preciso interpretá-las e classificá-las, utilizando-se de termos próprios da enfermagem, com informações consistentes e precisas. Isso possibilita uma linguagem comum a toda a equipe, conseqüentemente, otimizando o tempo e permitindo um cuidado mais eficaz. (TANNURE; GONÇALVES 2010).

O diagnóstico de enfermagem é considerado por alguns autores como uma das etapas mais complexas, causando muitas divergências na sua realização. O enfermeiro encontra grande dificuldade para implementá-lo na sua prática diária, além de outros

profissionais de saúde a julgarem desnecessária (SILVA; OLIVEIRA; NEVES; GUIMARÃES, 2011).

Figura 2. Etapas do Processo de Enfermagem – Modelo Alfaro-LeFevre



Fonte: Alfaro-Lefevre, 2005

Fase III – O Planejamento da Assistência

Na terceira etapa, denominada Planejamento, ocorre a determinação das prioridades para a resolução dos diagnósticos estabelecidos na fase anterior, estabelecer quais os resultados a serem alcançados com o tratamento que favoreçam ao paciente, definir quais as intervenções se farão necessárias para atender diretamente cada diagnóstico de enfermagem prescrito, e efetuar o registro do plano de cuidados. (ALFARO-LEFEVRE, 2005)

O enfermeiro ao planejar a assistência, garante sua responsabilidade junto ao cliente assistido, uma vez que o planejamento permite diagnosticar as necessidades deste, propicia a prescrição adequada dos cuidados, orienta a supervisão do desempenho do pessoal, a avaliação dos resultados e da qualidade da assistência (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

A formalização do plano de cuidados (por meio das anotações) oferece subsídios que facilitam a troca de informações entre os agentes responsáveis pelo cuidar, norteia as intervenções a serem realizadas, promove o registro de dados que possibilitem posteriormente avaliar o cuidado prestado. Servem também como subsídios que

propiciam a realização de pesquisas, e fornecem às seguradoras de planos de saúde os registros dos cuidados prestados a determinado cliente. Assim sendo as informações registradas devem ser claras e consistentes, dirimindo quaisquer dúvidas que possam surgir (CARPENITO, 2005).

Fase IV – A Implementação da Assistência

A fase de Implementação é caracterizada pela execução do plano de cuidados, é o momento em que o enfermeiro coloca em prática as ações que foram estabelecidas na fase de planejamento.

É o roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados decorrentes da implantação do plano assistencial de enfermagem, adequados as necessidades básicas e específicas de cada cliente (HORTA, 1979). Para Alfaro Levefre (2005), é a colocação do plano em ação, é pensar sobre o plano, é refletir sobre o que se está fazendo nos seguintes pontos: investigar a situação atual da pessoa antes de agir, realizar as intervenções e reinvestigar para determinar as respostas iniciais, comunicar e registrar

Nesta etapa são realizadas as prescrições de enfermagem. Estas devem ser anotadas de forma que permitam um fácil entendimento pela equipe que irá colocá-la em prática. Seu conteúdo deve estimular a equipe a se empenhar no cuidado prestado ao cliente, desenvolvendo o senso crítico. Além de estabelecer o que fazer, também deve determinar como, quando, onde, com que frequência e por quanto tempo as ações devam ser realizadas (TANNURE; GONÇALVES, 2010).

Assim como os diagnósticos de enfermagem, as prescrições também devem ser realizadas de acordo com a ordem de prioridades e grau de gravidade do cliente. (SILVA; OLIVEIRA; NEVES; GUIMARÃES, 2011).

Fase V – A Avaliação de Enfermagem

A quinta etapa do processo de enfermagem é denominada de Avaliação. Segundo Alfaro-LeFevre (2005) uma avaliação criteriosa, a partir de uma sensata reflexão da assistência prestada ao cliente em seus pormenores confere ao enfermeiro a primazia na qualidade do plano de cuidados.

Nesta fase será examinada a eficácia da assistência de enfermagem, se está solucionando ou minimizando os problemas reais ou potenciais identificados na segunda

etapa. À medida que atendem ao que foi proposto, são realizados ajustes que se adequam ao estado do cliente neste momento. Conforme são solucionados os problemas, a prescrição e respectivas intervenções são suspensas (POTTER, 2004).

Carpenito (2005) refere que, a análise minuciosa do plano de cuidados é fundamental para atingir a excelência na assistência de enfermagem personalizada para cada paciente assistido. Desta forma faz-se necessário o registro de todas as atividades realizadas, bem como dos resultados alcançados com as mesmas, o que fundamentaria as decisões no que tange ao quadro de pessoal, avaliação da eficácia do cuidado prestado (tanto na resolutividade das necessidades do cliente quanto no custo com a realização dos procedimentos), ou no tipo da assistência oferecida.

1.5 - DIFICULDADES PARA A IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA SAE

Embora cientes da importância da SAE na organização do serviço de enfermagem, o processo de implantação, assim como a escolha de um referencial teórico e de uma metodologia adequada, na prática, ainda carece de estratégias e subsídios/evidências operacionais eficazes e comprometedoras, capazes de nortear um novo perfil assistencial.

Tem-se percebido, empiricamente, uma dicotomia entre ensino e prática de trabalho nas instituições, gerando inseguranças e descrédito nos estudantes e profissionais em carreira, uma vez que muitas situações de ensino se situam no nível do ideal, sistematizado, buscando a qualidade, enquanto os serviços deixam de atentar para estas condições (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

A falta de relação entre os conceitos teóricos e a prática profissional cria uma dissonância e gera conflitos na assistência de enfermagem no que se refere ao uso da metodologia que, ao ser aplicada, se torna de modo fracionada e distorcida dos princípios teóricos (TEIXEIRA; PAIM; SANTO, 2004).

A formação acadêmica dos enfermeiros, muitas vezes contribui para que estes não busquem nem apliquem uma assistência sistematizada, pois durante aulas práticas, pode-se perceber uma preocupação maior, tanto por parte de alguns docentes, quanto pela maioria dos alunos, em adquirir habilidades técnicas. Assim, deixam de levantar os problemas de enfermagem do paciente e de planejar os cuidados, ficando a assistência,

neste caso, limitada a ações isoladas no decorrer de suas atividades (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

Para o desenvolvimento da SAE, muito mais do que competência técnica, é preciso que os enfermeiros tenham sensibilidade para captar as necessidades emergentes, habilidade para empreender e estimular ações inovadoras e, principalmente, conhecimento e capacidade estratégica para envolver e comprometer, criativamente, os demais profissionais da equipe de saúde (TEIXEIRA; PAIM; SANTO, 2004).

A lei do exercício profissional (no 7.498/ 1986), prevê como atribuição do enfermeiro ligada à metodologia da assistência de enfermagem o desenvolvimento da SAE, porém mesmo com respaldo legal para a execução da metodologia da assistência, poucos efeitos têm-se observado no cotidiano da prática.

Hermida e Araujo (2006), relatam que um trabalho de fiscalização do COREN-SP nas instituições de saúde do Estado, após investimento desse órgão em capacitação dos enfermeiros para a realização da SAE, revelou que 65% das instituições não souberam como implantar a SAE, 38% estavam em fase de implantação, em 15% houve relutância e/ou impedimento dos profissionais de saúde e em 10% houve impedimento por parte da instituição para o desfecho desta (HERMIDA; ARAÚJO, 2006).

Teixeira, Paim e Santos (2004), colocam como dificuldades para o desenvolvimento da SAE as condições de trabalho do enfermeiro, tais como: desproporção enfermeiro/leito, ausência de uma filosofia de trabalho, distorção entre a formação e a prática, problemas referentes às atribuições do enfermeiro, preocupação em conceder uma assistência de qualidade, sobrecarga de trabalho.

Backes e Schwartz (2005), acrescentam que as resistências mais comuns para a implementação da SAE são os próprios profissionais de enfermagem, ou seja: os profissionais com mais de dez anos de formados em virtude do desestímulo a criação de estratégias ousadas, e para os profissionais com poucos anos de formação, associadas à inexperiência e despreparo técnico e gerencial.

Ainda como problema decorrente da não utilização de uma metodologia assistencial, é possível considerar o desgaste de recursos humanos. Nestes casos no momento em que o enfermeiro percebe problemas e dificuldades no funcionamento e rendimento da sua equipe de trabalho, pode em alguns casos passar a desacreditar no seu potencial de líder e gerente, produzindo sensações de impotência e frustração, o que, por

sua vez, proporciona maior desgaste físico e, conseqüentemente, má produtividade. (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

A carência de pessoal de enfermagem/enfermeiros dificulta também a implementação da SAE, portanto se faz necessário salientar a responsabilidade das instituições propiciarem todas as condições necessárias ao enfermeiro para executar de forma efetiva o planejamento da assistência, pois, não basta fazer, é preciso fazê-lo bem; não basta exigir, é preciso oferecer condições (HERMIDA, 2004).

Contribuindo para esta reflexão Backes e Schwatz (2005) acrescentam que o tipo de organização dos serviços, associado ao modelo de gestão tradicional, gera contradições em virtude de sua estrutura rígida, excessivamente especializada, com funções rotineiras e pouco desafiadoras. Neste sentido, a enfermagem conformou-se, basicamente, com uma cultura do “fazer”, sem, contudo, refletir acerca de novas possibilidades do ser e agir na prática assistencial e gerencial.

Para a elaboração e implementação de um modelo assistencial em um serviço hospitalar, acredita-se ser necessário a realização de um diagnóstico do trabalho da equipe de enfermagem, ressaltando seu preparo técnico-científico sobre o processo de enfermagem, bem como a existência de problemas decorrentes de uma assistência não sistematizada (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

Nascimento e colaboradores (2008), relatam que é possível perceber, na prática, a insatisfação de membros da equipe, quanto o *ter que fazer a SAE* ou a exclusão dos profissionais de nível médio que apenas executam as prescrições sem participar de sua elaboração; existe um grande desencontro de informações, entre o que é relatado pelo paciente a outro profissional e o que o enfermeiro anotou como avaliação ou evolução.

A falta de tempo para realizar a metodologia ou uma melhor assistência direta ao paciente é uma constante no discurso do enfermeiro. O trabalho na instituição, muitas vezes compartimentalizado, pouco reflexivo, força o enfermeiro a ocupar um espaço que não favorece a percepção da totalidade do seu trabalho. Aliado a isto, o saber médico hegemônico institucionalizado faz com que a prática de enfermagem lhe sirva de esteio (GARCIA-SANTOS; WERLANG, 2013), (BENEDET; GELBCKE; AMANTE, 2016).

Em um ambiente de trabalho onde não existe planejamento das atividades, nem determinação de prioridades, há um uma perda de tempo significativa no processo de gerenciamento, levando os profissionais a refazerem as atividades realizadas sem êxito. Assim, perde-se tempo em resolver problemas inerentes a outros profissionais da equipe

e, quando realmente se trata de atividades que competem ao enfermeiro, este não mais dispõe de tempo para realizá-las (ANDRADE; VIEIRA, 2005), (MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2013).

É importante salientar que as próprias prescrições de enfermagem também podem contribuir para dificultar a implementação da SAE nos espaços de saúde, já que muitas vezes estas não refletem uma análise justa do caso, sendo elaborada contendo somente cuidados rotineiros, de forma repetitivas, perdendo a credibilidade junto a equipe (SHIMIZU; CIAMPONE, 2002).

A enfermagem, por se caracterizar como uma profissão dinâmica, necessita de uma metodologia que seja capaz de refletir tal dinamismo. O processo de enfermagem é considerado a metodologia de trabalho mais conhecida e aceita no mundo, facilitando a troca de informações entre enfermeiros de várias instituições (BORK, 2003).

Conhecer o aspecto subjetivo que permeia toda essa problemática configura-se um importante investimento acadêmico a ser explorado do ponto de vista psicossocial. Para uma efetiva implantação do PE, é necessário haver primeiro um comprometimento da chefia de enfermagem com a proposta, promovendo reuniões e elaborando um plano de ação que incluiria: a sensibilização da equipe para a importância dessa metodologia; o desenvolvimento de um estudo aprofundado do tema com o envolvimento de toda a equipe; e a construção coletiva dos meios para viabilizar a execução do processo (HERMIDA, 2004), (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

Para que o enfermeiro realize o PE, é necessário que este assumo o compromisso com sua aplicação na prática e a responsabilidade em executar suas etapas, orientar a equipe, aprimorar e atualizar seus conhecimentos. Exigirá tempo e determinação de todos que compartilhem desta jornada, porém o resultado se traduz em crescimento individual e, conseqüentemente, qualidade da assistência.

É necessário investimento nas condições materiais de trabalho, no treinamento de pessoal, na promoção de sessões de estudo, entre outras, e posteriormente, em questões mais qualitativas, com a adoção de novas posturas profissionais para melhoria da qualidade do atendimento (MOURA; RAMOS; SOUSA; SILVA; ALVES, 2008)

1.6 – A EVOLUÇÃO DO CUIDADO À CRIANÇA

Na realização do trabalho de cada profissional que cuida da criança internada, não basta apenas a técnica e a afeição por ela. Faz-se necessário, também, um “sentimento de infância”, assim definido por considerar a criança como sujeito de sua história pleno de direitos, dentre os quais ressaltamos o direito ao respeito, à liberdade e à dignidade.

(Beatriz Oliveira, 1997)

A assistência à criança passou por transformações significativas desde os séculos passados até a proposta de alojamento conjunto pediátrico. Estas alterações acompanharam a modificação dos conceitos sociais e sempre estiveram diretamente relacionadas com o valor e o significado que a sociedade dá à criança, com o modo de produção e com o desenvolvimento da prática médica.

Antigamente as crianças eram tidas como adultos em miniatura, e posteriormente, passaram a ser reconhecidas como indivíduos únicos com necessidades e capacidades específicas (AIRÈS, 1994).

Em função da percepção da sociedade do “ser criança”, nos séculos passados não se registraram intervenções sistemáticas sobre a saúde destas. A questão da saúde, de um modo geral envolvendo uma preocupação com a assistência médica ou com a higiene das cidades, era subalterna ou inexistente. Assim, não havia, tampouco, uma política de saúde para as crianças ou mesmo para o conjunto da população (ELSEN, 2002).

O indivíduo adulto não existia socialmente fora dos limites da propriedade e a criança só era vista como um elemento posto a serviço do poder paterno. Para a família cujo epicentro repousava na figura do pai, a criança só poderia receber uma atenção genérica. Nos séculos passados a infância não era tematizada nem pela família nem pelo Estado. A família baseava-se na manutenção do patrimônio, com isso as relações pessoais e de afetividade não apareciam como centrais (AIRÈS, 1994).

A reestruturação do núcleo familiar implicava na mudança de concepção desenvolvida tradicionalmente sobre a criança. Os cuidados gerais que a criança começou a receber, no fim do século XIX, foram substituídos por uma assistência sistematizada quanto a condutas alimentares, disciplinares, pedagógicas e mesmo de vestuário (AIRÈS, 1994). Para desempenhar estes cuidados, a família precisou redefinir o papel do pai e da mãe, buscando organizar-se em novos conceitos (WHALEY; WONG, 2015).

Esta nova forma de organização familiar, com o objetivo de criar e educar crianças sadias para tornarem-se fortes e produtivas, era compatível com a nova ordem que se pretendia instaurar de países independentes voltados para a produção e o acúmulo de capital. Podemos perceber então que a concepção de criança esteve relacionada aos problemas que as sociedades tinham para administrar (OLIVEIRA, 1997), (ELSEN, 2002). O controle das doenças transmissíveis, a prevenção da mortalidade infantil e redução da população eram associados à produtividade no trabalho e à prosperidade do país.

No século XVIII, os hospitais ainda estavam se organizando como núcleos de prática médica clínica individualizada, e a pediatria como especialidade médica ainda não havia surgido. A apreensão da criança pela medicina se dá, inicialmente, por meio de conhecimentos que possibilitem crescimento e desenvolvimento saudável, da higiene corporal e do ambiente, da alimentação, dos cuidados pré-natais e pós-natais imediatos. Medidas legais para protegê-la dos agravos do meio ambiente começam a ser adotadas como a regulamentação do trabalho da puérpera, possibilitando à mãe cuidar da criança nos primeiros meses, e a proteção da criança contra trabalhos insalubres, entre outras medidas (ROCHA; ALMEIDA, 1993), (WHALEY; WONG, 2015).

O primeiro hospital infantil foi construído em Paris, em 1802, seguido pelo “Hospital for Sick Children”, em Londres, que precedem os hospitais norte-americanos, e podem ser considerados como marco inicial da assistência à criança (ROCHA; ALMEIDA, 1993). O precursor da pediatria foi o médico Abraham Jacobi (1830 – 1919), cujas realizações influenciaram as investigações científicas e clínicas das doenças da infância no século XIX, motivo pelo qual é conhecido como o “pai da pediatria” (WHALEY, WONG, 2015).

O hospital como instrumento terapêutico, mudou a percepção da sociedade sobre a assistência à saúde, uma vez que retirou das famílias a responsabilidade sobre o cuidado dos seus doentes. Para as crianças as regras e técnicas de isolamento eram extremamente rígidas, as infecções sem o auxílio dos antibióticos eram graves e temidas, as visitas eram consideradas ameaças ao tratamento, ficando estas isoladas uma das outras e confinadas aos seus leitos (ROCHA; ALMEIDA, 1993).

A internação hospitalar contribuiu para a observação sistematizada de sinais e sintomas, levando ao aperfeiçoamento dos procedimentos para o diagnóstico e terapêutica. Esta evolução, conseqüentemente foi afastando a família de um envolvimento

com a criança e os profissionais durante os episódios de tratamento médico. O saber e a prática familiar foram ignorados pelo cientificismo da prática médica (ROCHA; LIMA; SCHOCHI, 1997). O modelo de atendimento à saúde vigente neste momento era o hospitalocêntrico, biológico individual e curativo.

Os registros mais antigos da enfermagem no cuidado à criança, datam de 1859, nos apontamentos de Florence Nightingale, estes refletem e evoluíram de acordo com a prática médica e seguindo a mesma filosofia, trata-se de apontamentos centrados na puericultura, como o conjunto de regras e noções sobre a arte de criar fisiologicamente e higienicamente crianças (COLLET, 2001).

A origem da enfermagem pediátrica moderna aparece associada à pediatria especialidade médica. Somente após os departamentos de pediatria terem-se estabelecido nas escolas médicas é que a pediatria tornou-se disciplina nos currículos das escolas de enfermagem. Contudo, na maioria das escolas, omitia-se a importância do crescimento e desenvolvimento, das reações psicológicas da criança e da necessidade de educar, o que fazia com que os profissionais de saúde estivessem aptos a cuidar da criança doente, mas sem saber lidar com sua convalescença ou com a prevenção das doenças (LIMA, 1996).

Posteriormente, esta concepção foi sendo transformada a partir do momento em que se identificou que criança apresenta especificidades e reações que variam conforme a idade. Tal fato ocorre por estar ela em constante evolução, desde seu nascimento até a fase adulta, ultrapassando várias etapas, que se modificam por força das transformações inerentes ao seu crescimento e desenvolvimento (RIBEIRO; ANGELO, 2005).

A saúde infantil, que emergia com as demais práticas sanitárias no processo de expansão capitalista, apesar de já se articular em termos de serviços de saúde, inclusive utilizando uma terapêutica científica, mantinha seu caráter ideológico quanto à constituição de uma visão de mundo adequada às elites dirigentes e assumia um papel cada vez mais importante nessa estratégia de controle (ELSEN, 2002).

O cuidado de enfermagem à criança evolui em linhas gerais e superficiais baseando-se no conhecimento da medicina, de forma que o conhecimento era limitado possibilitando apenas a fundamentação de algumas técnicas de trabalho, mantendo, contudo, extremamente limitada sua autonomia no processo de trabalho. Neste contexto Rocha e Almeida (1993) colocam:

[...] ao final da década de 30 as enfermeiras pediatras identificam as limitações do referencial teórico insuficiente em fornecer elementos para lidar com a criança e ajudá-la, um ser

em crescimento e desenvolvimento, temporariamente afastado de seu ambiente e da família, durante a hospitalização. Passam então a procurar no estudo do crescimento e desenvolvimento infantil, referencial teórico trazido em parte da psicologia, para instrumentalizar-se e lidar com problemas de comportamento e nas relações entre a criança, a família e o conjunto de pessoas que compõem a equipe de saúde (ROCHA; ALMEIDA, 1993, p.25).

Datam da década de 70 do século passado as mais significativas modificações ligadas ao cuidado e práticas de saúde para a criança, e estão relacionadas ao surgimento e valorização do sentimento de infância que não era estimulado ou protegido, as evoluções das práticas médicas e hospitalares e ao avanço de tecnologias que possibilitam a sobrevivência de crianças prematuras, como o surgimento das incubadoras e respiradores (SOUSA; GOMES; SILVA; SANTOS; SILVA, 2011).

Com este advento as bases da assistência à criança hospitalizada têm-se modificado nas últimas décadas, estas contribuições estimularam e desenvolveram diferentes perspectivas de como assistir a criança no processo saúde-doença, perspectivas estas, que vêm orientando a prática pediátrica. Elas influenciam a visão dos profissionais sobre o ser criança, o papel da família e da comunidade, os tipos de problemas a serem identificados, os objetivos, a abrangência da assistência, a composição e o inter-relacionamento da equipe de saúde (LIMA, 1996).

Este novo perfil assistencial provoca uma grande transformação na assistência à criança favorecendo um universo mais amplo aos cuidados, e modificando a finalidade do trabalho, que passa a exigir do profissional a racionalidade para a recuperação do corpo anátomo-fisiológico, porém preocupando-se agora também com estratégias que busquem o bem-estar da família e a qualidade de vida (GAÍVA; SCOCHI, 2004).

Todo o hospital dispõe de uma abordagem de assistência à criança que, mesmo não estando explícita em suas normatizações, pode ser facilmente identificada pela observação.

As normas hospitalares rígidas e inflexíveis que se baseavam apenas na questão da contaminação do ambiente hospitalar, numa ótica microbiológica das causas das doenças, foram-se modificando com o passar do tempo, pois foi sendo demonstrado que os germes hospitalares eram muito mais agressivos do que os germes que provinham do ambiente domiciliar do paciente e de seus familiares. Paralelamente, a psicologia avançou, no atendimento dos distúrbios da criança, evidenciando que o distanciamento

ou a ausência dos pais em épocas importantes da vida da criança participavam da gênese desses distúrbios, fossem eles precoces ou tardios (ROCHA; ALMEIDA, 1993), (WHALEY; WONG, 2015).

No Brasil, a partir da constituição de 1988 é que efetivamente avançou-se no conceito da humanização da assistência à criança, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Com a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, à criança passa a gozar de direitos fundamentais, sendo garantidos a saúde, alimentação, proteção, educação, esporte, lazer e cultura. E, além da família, o Estado como um todo possui o dever de zelar e garantir esses direitos básicos.

Entre outros avanços vinculados a esta proposta está o direito a internação hospitalar com o acompanhamento dos familiares (BRASIL, 1991).

Com a humanização do atendimento hospitalar, objetiva-se, principalmente, dar apoio psicológico à criança internada e sua família, diminuir o tempo de internação, reduzir o número de reinternações, trocar experiências com as mães acerca do cuidado das crianças durante o tempo de permanência no hospital. Com isso, pretende-se preservar a indissolubilidade do binômio mãe-filho, reduzir o custo da internação, aumentar o calor afetivo e a colaboração da equipe de saúde, criando-se um vínculo entre a família o hospital e a comunidade (ROCHA; ALMEIDA, 1997)

Contudo, a prática da maioria das instituições hospitalares em nosso país continua a do cuidado centrado na patologia, com a criança internada sem a presença dos familiares, não havendo, portanto, respeito pelas necessidades da criança. Esta realidade vem sendo modificada em algumas instituições hospitalares, que desenvolvem propostas para permitir a humanização da assistência à criança hospitalizada com a permanência do acompanhante durante o tratamento e o envolvimento da família no cuidado à criança (SANABRIA; RODRÍGUEZ, 2016).

Vale lembrar que nem sempre as leis são colocadas em prática, o que reforça a idéia de que meros dispositivos legais não resolvem os problemas sociais fazendo-se necessária a implantação de políticas que garantam o acesso aos direitos para a edificação de uma nação efetivamente cidadã (COLLET, 2001).

A hospitalização altera a vida da criança e de sua família, quando a proposta de assistência é integral, portanto humanizada, esta experiência estressante pode ser amenizada pelo fornecimento de certas condições, como a presença de familiares, o

contato com outras crianças, a disponibilidade afetiva dos trabalhadores de saúde, a informação, as atividades recreacionais, entre outras. A adoção do alojamento conjunto pediátrico é uma das estratégias que possibilitam a redução do estresse emocional durante a internação (LIMA, 1996), (SANABRIA; RODRÍGUEZ, 2016).

Ao pensar a inserção da família no ambiente hospitalar, precisamos levar em consideração seus direitos e deveres bem como o papel a ser desenvolvido. A burocracia hospitalar, a falta de diretrizes, de planejamento e de organização de um projeto terapêutico comum na unidade de pediátrica demonstram a possibilidade de desencadear problemas das mais variadas ordens tanto para a equipe de saúde como para as crianças e suas famílias (RIBEIRO; ANGELO, 2005), (SOARES; ROSA; HIGARASHI; MARCON; MOLINA, 2016).

A evolução da assistência à saúde da criança caminhou da internação hospitalar, que rompia o vínculo afetivo com a família, para a proposta de alojamento conjunto, que envolve os familiares na hospitalização, na promoção da saúde e prevenção de doenças a seus filhos.

As diferentes abordagens para assistir à criança no processo saúde-doença orientam e influenciam a visão dos profissionais sobre o que significa ser criança, o papel da família e da comunidade, os tipos de problemas a serem identificados, os objetivos, a abrangência da assistência, a composição e o inter-relacionamento da equipe de saúde (ELSEN, 2002).

A tendência atual ainda que mal definida na prática é prestar uma assistência integral à criança, o que pode ser entendido como olhar a criança em sua totalidade, um ser em crescimento e desenvolvimento, que pertence a uma família, cujos membros, portanto devem ser incluídos na assistência. Ela é um ser cujo processo saúde – doença é determinado socialmente, isto é, pertence a um grupo social que o caracteriza (COLLET; ROCHA, 2001). O quadro abaixo apresenta três propostas de abordagem ao cuidado da criança hospitalizada.

Quadro 3 - Características das abordagens de assistência à criança

Aspectos Assistenciais	Centrada na Patologia	Centrada na Criança	Centrada na Família
Foco	Doença da criança, com abrangência intra-hospitalar	Criança doente, com suas características de desenvolvimento abrangência intra-hospitalar	Família vivenciando a doença e hospitalização de uma de suas crianças, abrangência intra e extra-hospitalar
Objetivos	Tratar a doença ou recuperar a saúde da criança	Tratar a doença, minimizar os traumas da hospitalização, favorecer o desenvolvimento da criança, estimular a participação da família no cuidado da criança	Tratar a doença, minimizar os traumas da hospitalização para a criança e sua família, incentivar a co-participação da família nas tomadas de decisão, favorecer sua integridade e potencializar forças
Visão da Hospitalização	Evento necessário ao diagnóstico e tratamento, manejado por uma equipe de especialistas	Evento necessário, porém, determinante de estresse para a criança	Evento estressante para a criança e sua família, que pode determinar ruptura no funcionamento familiar
Características físicas da unidade	Ênfase na organização e no funcionamento, normas e rotinas rigorosas estabelecidas, pobreza de decoração ou outras características infantis, leitos distribuídos pela enfermaria por patologias	Maior flexibilidade de organização e funcionamento; decoração infantil, ambiente para recreação e características físicas adequadas às necessidades das diferentes faixas etárias e ao conforto do acompanhamento, leitos distribuídos conforme a idade e as necessidades das crianças	Flexibilização de organização e funcionamento, com vistas tanto a favorecer a atuação da equipe como da família, decoração infantil, local para recreação e convívio entre família-criança-equipe
Tomada de decisões	Vertical, centrada na figura do médico	Horizontal, porém, centrada na equipe de saúde	Horizontal, compartilhada entre a equipe e a família
Avaliação	Baseada em critérios objetivos como: evolução dos sinais e sintomas, tempo de hospitalização, estatística de alta com	Baseada nos mesmos critérios objetivos e outros subjetivos, como o grau de participação da criança e da família, influencias no	Baseada nos mesmos critérios objetivos e subjetivos anteriores e outros como: satisfação e nível de funcionamento da família tanto no

	a doença curada, melhorada, óbitos	comportamento, assim como no crescimento e desenvolvimento da criança	âmbito hospitalar como na busca e utilização dos recursos da comunidade extra-hospitalar.
--	------------------------------------	---	---

Fonte: PETTENGIL; RIBEIRO; BORBA. O cuidado centrado na criança e sua família: uma perspectiva para a atuação do enfermeiro pediátrico. In: ALMEIDA, FA; SABATÉS, AL. Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital. p 35-37. 2008.

A abordagem do cuidado a criança a partir da perspectiva familiar é parte processo de humanização da assistência. A preocupação com a humanização da assistência hospitalar não se restringe à atenção à criança, mas integra uma nova cultura nacional de melhoria da qualidade do atendimento nos hospitais, expressa por meio do aperfeiçoamento da gestão hospitalar, da melhoria da infraestrutura das instituições e do fortalecimento do compromisso da equipe de profissionais de saúde (BRASIL, 2001).

A Política Nacional de humanização, entende que para que exista humanização é preciso haver a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção à saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão (SOUSA; GOMES; SILVA; SANTOS; SILVA, 2011). Esta vem se estruturando e solidifica-se por meio de um conjunto de elementos tecnocientíficos e subjetivos, os quais direcionam as ações para o cuidado com as pessoas. Esta forma de cuidar deve ser iniciada no âmbito familiar, mas ao mesmo tempo, ser consolidada por ações nos serviços públicos de saúde acessíveis e resolutivas (BRASIL, 2001), (SILVA; VIERA, 2014).

Faz parte também deste processo de valorização da integralidade e resolutividade assistencial, a construção das redes de atenção à saúde da criança e à saúde familiar. Busca-se com as redes de saúde a produção de saúde, a co-responsabilidade dos atores envolvidos no processo, o fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS, compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (SOUSA; GOMES; SILVA; SANTOS; SILVA, 2011).

A integralidade do cuidado amplamente discutida e difundida há tantos anos pelas enfermeiras encontra na humanização um instrumento consolidador; deste modo operante da profissão.

Promover um cuidado humanizado e de qualidade a esta clientela, vincula-se a processos que não se expressam por caracterizações e definições precisas e facilmente medidas. Envolver a família no cuidado por exemplo, é ir além da sua participação na

divisão funcional de tarefas. Implica compreender a dimensão social na qual as famílias estão inseridas, levando-se em consideração suas demandas psíquicas, emocionais, afetivas. Significa apreender a família não mais de forma estereotipada e idealizada, mas na complexidade do seu processo social, de sua subjetividade, enfim, de suas relações.

Enfim é preciso que se pense coletivamente na construção de um projeto terapêutico sem estruturas rígidas, com a possibilidade de repensar e refazer no cotidiano as ações de cuidado e organizacionais (SOARES; ROSA; HIGARASHI; MARCON; MOLINA, 2016).

1.6.1 O Cuidado Sistematizado à Criança

Existem inúmeras razões para a internação de crianças ou adolescentes em uma unidade hospitalar. A principal delas é a obtenção do pleno restabelecimento físico, sem agravos no estado psicoemocional, aos quais esta clientela está sujeita em decorrência de várias situações que lhe são peculiares durante a internação hospitalar, como a separação dos pais, os procedimentos dolorosos, invasivos e desconhecidos, entre outros.

No entanto para que essa hospitalização seja segura no mais amplo sentido, o planejamento do cuidado deve ser feito pelo enfermeiro de modo que atenda as características do crescimento e desenvolvimento dessa clientela e, ainda seja harmônico com as necessidades da família e equipe de saúde, favorecendo a humanização e segurança do atendimento (COLLET; ROCHA, 2001), (GAÍVA; SOUZA; XAVIER, 2013).

Na maioria das instituições hospitalares ainda vigora a perspectiva biologicista, dando ênfase à doença da criança e ao seu tratamento. Os pais são obrigados a seguir uma organização predeterminada pelos serviços. Não existindo estímulo para a participação e o envolvimento deles nas decisões relativas ao tratamento e aos cuidados prestados aos filhos atuando mais como expectadores da assistência (COLLET, 2001).

É importante salientar que o cuidado de enfermagem à criança não se restringe à busca do êxito técnico, pois apesar da preocupação do enfermeiro com as práticas de saúde por meio de ações curativistas, deve-se atentar para as atitudes compreensivas no processo de cuidar, caminhando para a construção de novos entendimentos das situações que a criança e a família enfrentam (RIBEIRO; ANGELO, 2005), (WOISKI; ROCHA, 2010).

O modelo de atenção à saúde da criança implementado pelo hospital implica o desenvolvimento de ações para o cuidado, tais práticas para serem integrais e possibilitarem intervenções geradoras de bem-estar e qualidade de vida precisam ser sistematizadas, portanto o enfermeiro que atua nestes espaços deve utilizar a SAE e o PE para efetuar sua prática profissional junto à criança.

A SAE em pediatria requer o planejamento e implementação de ações, em uma abordagem processual que fundamente a tomada de decisões acerca do cuidado (WHALEY; WONG, 2015). Aos enfermeiros que atuam na pediatria cabe o desafio de adequar a SAE às necessidades das crianças e suas famílias, pois o contexto do hospital, algumas vezes, provoca nos profissionais, uma forte tendência em focar sua atenção no cliente de forma fragmentada, percebendo cliente e família a partir de uma visão dicotomizada, inviabilizando uma abordagem humanística do cuidado (SOUSA; GOMES; SILVA; SANTOS; SILVA, 2011).

Horta (1979), afirma que a variação das necessidades de um indivíduo para o outro se dá na maneira como se manifesta e como são satisfeitas ou atendidas. Alguns fatores interferem na manifestação ou no atendimento: entre eles podem ser descritos a individualidade, a idade, o sexo, a cultura, a escolaridade, os fatores socioeconômicos, o ciclo saúde-enfermidade e o ambiente físico.

A aplicação do processo de enfermagem proporciona uma assistência organizada e planejada para o acompanhamento contínuo do processo saúde-doença da criança. Dessa forma, a atenção sistematizada viabiliza a identificação precoce das necessidades individuais e, com isso, promove o crescimento e desenvolvimento saudável, assim como a prevenção de doenças (ALMEIDA; SABATÉS, 2008).

Desta forma, devemos considerar a SAE, portanto, um instrumento que proporciona não apenas uma melhora na qualidade da assistência, mas também confere ao profissional maior autonomia de suas ações, o respaldo legal e ao aumento do vínculo entre o profissional e o paciente (CARVALHO; SILVA; FERREIRA; CORREA, 2008). Enquanto processo organizacional ela é capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento de métodos interdisciplinares e humanizados de cuidado (MOREIRA; et.al.,2012).

Para Duran e Toledo (2011), o processo de enfermagem contribui para minimizar complicações referentes ao estado de saúde e cuidados prescritos, bem como maior estabilidade e segurança na assistência prestada. Por isso, a segurança da assistência à

criança deve ser preservada, considerando a maior vulnerabilidade do grupo de atendimento (GAÍVA; SOUZA; XAVIER, 2013).

Neste contexto, a SAE é de extrema importância, pois direciona as intervenções conforme as necessidades do paciente, além de facilitar a avaliação dos cuidados de enfermagem. Estudo desenvolvido avaliando a utilização da sistematização do cuidado ao recém-nascido internado em UTI neonatal, concluiu que, a SAE garante a qualidade e a organização da assistência, o que promove maior sobrevida e menor tempo de permanência da criança na UTIN (MOREIRA; et.al.,2012).

Assim, a aplicação da SAE nas instituições de saúde apresenta como aspectos positivos: segurança no planejamento, execução e avaliação das condutas de enfermagem, individualização da assistência, visibilidade e autonomia para o enfermeiro (SILVA; OLIVEIRA; NEVES; GUIMARÃES, 2011).

Com isso, a SAE acaba por se constituir um processo de qualificação profissional que, além de propiciar valorização do papel do enfermeiro na Instituição, induz maior qualidade da assistência, como poderoso veículo que requer pensamento crítico e criativo para desenvolver um cuidado de excelência e boa relação custo/benefício, desenvolvendo um ambiente de assistência à saúde multidisciplinar (MARTINS; SILVA; SOUZA; FERREIRA, 2013).

1.6.2 Etapas e Organização do Processo de Enfermagem à Criança

A implementação do PE deve promover o encontro de subjetividade entre o profissional de enfermagem e a família da criança. Desse encontro surgem novas compreensões e interpretações que contribuem para o sucesso do cuidado e a superação da crise ocorrida durante a hospitalização (ALMEIDA, SABATÉS, 2008).

Neste contexto, a utilização do PE além de organizar o cuidado prestado, proporciona também melhor comunicação, pois evita interpretação duvidosa e encoraja a participação do cliente no planejamento e na assistência de enfermagem individualizada e humanizada. Auxilia, ainda, a definir o papel do enfermeiro junto ao cliente e a outros profissionais de saúde, intensificando a satisfação profissional e acentuando o desenvolvimento de habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais (MOREIRA; et.al.,2012).

Assim, para que a ação do profissional de enfermagem seja feita a partir de condutas e atitudes seguras que embasem a tomada de decisões relacionadas ao cliente, o conhecimento constitui valor de grande importância (COLLET; ROCHA, 2001), (MOREIRA; et.al.,2012). No caso da criança todo o arcabouço de conhecimento relacionados ao seu processo de crescer e desenvolver devem ser considerados de forma que o cuidado a ser prestado seja significativo e faça alterações positivas no estado de saúde da criança e dos familiares envolvidos no processo.

A baixo são descritas de acordo com as fases do processo de enfermagem, algumas especificidades levantadas em bibliografias que precisam ser abordados ao momento de organizar o gerenciamento do cuidado a criança e sua família, já que estas especificidades relacionadas a clientela infantil proporcionaram maior embasamento para a tomadas de decisões críticas e não meramente advindas de uma série de tentativas.

Fase I - Histórico de enfermagem

Consiste no levantamento de dados obtidos por meio de diferentes fontes de informação, requer do enfermeiro habilidades diferenciadas como a capacidade de observação, comunicação e interação com o paciente, além do conhecimento específico (COLLET; OLIVEIRA, 2002), (MARTINEZ; TOCANTINS; SOUZA, 2013).

Convém reunir o maior número de informações possíveis referentes aos aspectos físicos, sensomotores, intelectuais, sócio-afetivos da criança, a fim de avaliar seu nível de desenvolvimento e propor em seguida ações e encaminhamentos que favoreçam o seu desenvolvimento (SCHMITZ, 2005).

No histórico de pediatria alguns pontos devem ser observado ao momento da coleta da informação: deve ser concedido espaço para a criança participar da entrevista juntamente com sua família considerando suas colocações e ponto de vista; a característica e estrutura interna da família deve ser coletado por meio de diagramas como o genograma e o ecomapa; o cuidador principal da criança deve ser identificado; no atendimento de lactentes ou de patologias correlacionadas a injurias na gestação o histórico deste período deve ser coletado; atividades recreacionais e educacionais devem ser levantadas, a avaliação do desenvolvimento deve ser feita comparando as habilidades e marcos de desenvolvimento para cada estágio (WHALEY; WONG, 2015).

Fase II - Diagnóstico de Enfermagem

Consiste no julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde, processos de vida vigentes e potenciais, proporcionando a base para a seleção de intervenções de enfermagem, visando ao alcance de resultados pelo qual o enfermeiro é responsável (CARPENITO, 2005), (NANDA, 2008).

Para que o enfermeiro possa realizar o diagnóstico, faz-se necessário utilizar um sistema único de classificação. Existem cinco tipos de diagnósticos de enfermagem (reais, de risco, de bem-estar, de promoção à saúde e de síndrome), sendo que os diagnósticos reais e de risco são os mais utilizados na prática (NANDA 2008).

Estudo que avaliou os diagnósticos de enfermagem mais utilizados no cuidado à criança elencou nove diagnósticos reais segundo a taxonomia da NANDA não relacionados a patologias como os mais utilizados: Proteção ineficaz; Comunicação verbal prejudicada; Processos familiares interrompidos; Mobilidade física prejudicada; Padrão de sono perturbado; Atividades de recreação deficientes; Medo; Ansiedade; Tensão do papel do cuidador (SILVA, 2004), (SIQUEIRA, 2005), (MONTEIRO; SILVA; LOPES, 2006).

Fase III - Planejamento de Enfermagem

A formulação do plano é a fase de tomada de decisão do processo baseado no diagnóstico de enfermagem específico formulado de modo que permita uma meta ou resultado esperado (CARPENITO, 2005).

Nesta fase é importante acrescentar ao plano de metas a participação da família no cuidado (LIMA, 1996), (COLLET, 2001), (SOUSA; GOMES; SILVA; SANTOS; SILVA, 2011), além de incluir as potencialidades inerentes aos recursos humanos e a estrutura física das unidades de cuidado à criança. Estes espaços geralmente possuem uma estrutura física específica à infância e singular frente a outras clínicas hospitalares como: brinquedotecas, ambiente para a educação durante a internação, banco de leite e lactários, etc (WHALEY, WONG, 2015).

Fase IV - Prescrição de Enfermagem

Nesta etapa da SAE, o enfermeiro decide acerca das condutas a serem implantadas, objetivando uma assistência personalizada e de qualidade. As intervenções

de enfermagem constituem-se em estratégias específicas que auxiliam tanto a criança como a família a chegar aos resultados. Envolve tomada de decisão do profissional, na medida em que ele indica o tipo de cuidado necessário em uma determinada situação (HORTA, 1979), (CIANCIARRULLO; GALDA; MELLEIRO; ANAKUBI, 2005).

A prescrição de enfermagem em pediatria deve incluir itens relacionados a: cuidados padronizados e comuns a todas as crianças internadas; cuidados específicos aos problemas identificados; atividades de estimulação neuropsicomotora de acordo com o estágio de desenvolvimento do cliente; orientações a crianças e adolescentes, acompanhantes, visitantes, encaminhamento a outros profissionais (WHALEY; WONG, 2015).

Fase V - Avaliação de Enfermagem

É o registro realizado após a avaliação do estado geral da criança, com o objetivo de nortear o planejamento da assistência a ser prestada e informar o resultado das condutas de enfermagem implementadas. Neste registro deve constar os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes (CAMPEDELLI, 1989), (CIANCIARRULLO; GALDA; MELLEIRO; ANAKUBI, 2005).

Alguns itens são considerados importantes para a avaliação dos pacientes pediátricos: a caracterização da criança quanto ao seu estágio de desenvolvimento (lactente, pré-escolar etc.); dependência para o autocuidado; alterações observadas no desenvolvimento; reações emocionais observadas na criança em relação a interação com a família, equipe e ambiente; uso de objetos preferidos (chupeta, paninho, brinquedo) ou rituais (chupar dedo, enrolar cabelo, etc.).

Compreendendo que a implementação do PE promove um método organizado e individualizado para o cuidado de enfermagem à saúde da criança, por permitir o envolvimento da criança, família e das equipes de saúde nas diferentes etapas do processo, facilitando a continuidade dos processos e prevenindo omissões e repetições desnecessárias. (MOREIRA; et.al.,2012). Cabe ao enfermeiro o desafio de adequar o conhecimento disponível, incentivar a participação da equipe de enfermagem tanto no planejamento como na implementação do PE, para que seu uso seja, de fato, efetivo na prática, com resultados positivos na qualidade da assistência.

2- REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 - A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: ORIGEM, CONCEITO E DEFINIÇÕES

*[...] Todas as interações humanas, surjam elas entre duas pessoas ou entre dois grupos, pressupõem representações. Na realidade, é isso que as caracteriza.
(Serge Moscovici)*

Definida como o “conjunto de conceitos, frases e explicações originárias na vida diária durante o curso das comunicações interpessoais” (Moscovici, 1978, p.181), as representações sociais englobam uma vasta gama de crenças, ideologias, opiniões e valores que são socialmente construídos por grupos delimitados acerca de um determinado objeto de pesquisa presente na realidade existencial concreta. As Representações Sociais, configuram-se como uma estratégia particular de apropriação dos grupos sociais para orientar e justificar as tomadas de decisões em relação ao objeto de investigação em estudo (MOSCOVICI, 2003).

A representação social designa tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba, é a teoria construída para explicá-los, bem como afirmações que se originam no cotidiano através de comunicações inter-individuais que contribuem para a formação de condutas e a orientação das comunicações sociais (SÁ, 2005).

O percussor do conceito das RS foi Durkheim, que a partir da noção de representação coletiva defendida pela escola positivista de tradição sociológica possibilitou a definição do novo conceito. Foi com o psicólogo social Serge Moscovici, nas décadas de 1960 e 1970, que ela ganhou uma nova configuração científica, conquistando gradativamente espaço e aceitação acadêmica no campo das Ciências Humanas e das Ciências Sociais Aplicadas a partir dos anos 80, tanto em nível nacional quanto internacional. Essa linha de pensamento tem como pressuposto básico considerar a sociedade como um conjunto de fatos sociais, ou seja, as representações não poderiam ser reduzidas a representações individuais (ARRUDA, 2002).

As representações coletivas se constituem fora da consciência, e estão presentes nas relações entre os indivíduos e os grupos, em que a vida representativa se estende para além de fenômenos meramente físicos e psíquicos, implica nas maneiras de agir e pensar.

Assim, essas maneiras de pensar e agir são construções coletivas e, portanto, não derivam de indivíduos isolados (TURA, MOREIRA, 2005).

Desde a origem da formulação proposta por Moscovici, em 1961, as representações sociais são caracterizadas como fenômenos complexos que dizem respeito ao processo pelo qual o sentido de um dado objeto é estruturado pelo sujeito, no contexto de suas relações (MOSCOVICI, 2003).

Para Abric (2003), as RS são um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes. Já Jodelet (2005), afirma que as RS circulam nos discursos, são trazidas pelas palavras e veiculadas em mensagens e imagens midiáticas cristalizadas em condutas e em organizações materiais e espaciais. Para Marková (2006), as representações sociais são fenômenos dinâmicos e abertos e o conceito da representação social é formado e retransformado juntamente com a transformação da sua teoria. Na perspectiva de Moreira e colaboradores (2007), elas são o equivalente em nossa sociedade aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais, podendo ser consideradas como a versão contemporânea do senso comum.

Portanto, as representações sociais se configuram um tipo de conhecimento do senso comum que se constrói a partir da influência social e individual (subjetividade). Estudar o senso comum, o conhecimento popular, é afirmar que se está estudando algo que liga a sociedade ou indivíduos à sua cultura, sua linguagem, seu mundo familiar.

Esse aspecto é justificado pela polifasia cognitiva na transformação das noções do senso comum em noções científicas e vice-versa, os limites e os problemas de tais transformações por serem as representações sociais vivas tomando forma nesta tensão e conflito inerente ao pensamento e a cultura (ARRUDA, 2002).

De acordo com Sá (2005), quando aceitamos estudar as representações sociais, buscamos pesquisar um fenômeno que nos chama atenção a partir de sua relevância social, seu valor intrínseco ou sua relevância acadêmica. Os fenômenos referentes às representações sociais podem circular por vários âmbitos culturais ou sociais:

Os fenômenos da representação social estão na cultura, nas instituições, nas práticas sociais, nas comunicações interpessoais e de massa e nos pensamentos individuais [...] os fenômenos são [...] difusos, fugidos, multifacetados, em constante movimento e presentes em inúmeras instâncias da interação social (SÁ, 2005,p.21).

Nobrega (2003), enfoca que as representações sociais são elaboradas no âmbito dos fenômenos comunicacionais que repercutem sobre as mudanças sociais. É importante pensar os fenômenos das representações sociais em termos de status simbólico. A esse respeito Moscovici (2003) compreende que as RS são, portanto:

Entidades quase tangíveis, que circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente, através de uma fala, um gesto, um encontro em nosso universo cotidiano. A maioria das relações sociais estabelecidas, os objetos produzidos ou consumidos, as comunicações trocadas, delas estão impregnados [...]. Correspondem, por um lado, à substância simbólica que entra na elaboração e, por outro, à prática que produz a dita substância, tal como a ciência ou os mitos correspondem a uma prática científica e mítica (MOSCOVICI, 2003, p.41).

Portanto ao abordar a constituição das representações sociais, Moscovici, ressalta que este é um processo que preconiza trocas e composição de idéias, as quais visam a responder demandas individuais e coletivas. Dessa forma as representações sociais:

[...] são, sobretudo, o objeto de um permanente trabalho social, no e através do discurso, de tal modo que cada novo fenômeno pode sempre ser reincorporado dentro de modelos explicativos e justificativos que são familiares e, conseqüentemente, aceitáveis. Esse processo de troca e composição de idéias é sobretudo necessário, pois ele reponde às duplas exigências dos indivíduos e das coletividades [...] para construir um sistema de pensamento e compreensão e, por outro lado, para adotar visões consensuais de ação que lhes permitem manter vínculo social, até mesmo a continuidade da comunicação da idéia (MOSCOVICI, 2003, p.216)

Para tanto é preciso considerar que o sujeito é um ser permeado de crenças e valores que são embutidos ao longo da sua vida, a partir de suas experiências e vivências socialmente compartilhadas, relacionadas ao seu esforço para o enfrentamento de situações cotidianas, as quais orientam a sua conduta e a sua comunicação. As RS podem influenciar o comportamento do indivíduo participante de uma coletividade, dessa forma o próprio coletivo penetra dentro do pensamento individual (TURA; MADEIRA; SILVA; GAZE; CARVALHO, 2008).

O sujeito interpreta e compreende diversas situações nas quais se encontra, mas pode se comportar de forma diferente diante de um procedimento aparentemente idêntico, de acordo com a sua representação perante o objeto considerado e o ambiente a que ele

pertença, a partir da transformação do conhecimento, interações subjetivas e relações interpessoais (OSÓRIO, QUEIROZ, 2007).

A representação não é um simples reflexo da realidade, mas uma organização significativa que depende, ao mesmo tempo, de fatores contingentes tais como natureza e dificuldades colocadas pela situação, contexto imediato, finalidade da situação e de fatores mais gerais que ultrapassam a própria situação como contexto social e ideológico, lugar do indivíduo na organização social, história do indivíduo e do grupo, relações de poder socialmente estabelecidas.

A TRS procura esclarecer qual é o caminho percorrido pelas abstrações científicas, por ser uma teoria da crença e do conhecimento de seus respectivos conteúdos, aproximando os problemas da teoria do pensamento social àqueles da epistemologia. O senso comum é o pensamento social por excelência por isso é o mais compartilhado e o mais utilizado no cotidiano em qualquer sociedade (MOSCOVICI, 2003).

Portanto, os profissionais que atuam no cuidado hospitalar à criança são seres de categorias e formação diferentes, mas que dividem o mesmo objeto e ambiente de trabalho, cada um com a sua experiência e conhecimentos variados, que guiam suas condutas, posturas e atitudes de abordagem, atendimento e comunicação interpessoal. Cada indivíduo possui as suas crenças e valores que norteiam seus comportamentos, que poderão conduzir processos de decisão.

A TRS pode se manifestar neste estudo de várias maneiras, devido a sua flexibilidade diante dos diversos fenômenos que ocorrem em torno da SAE no atendimento à criança e sua família. Tanto a utilização da SAE, quanto a aplicação da TRS envolvem a participação de um sujeito e um objeto, numa relação complexa de interdependência entre os personagens que permeado pelo ambiente rico nas suas interações rotineiras, é capaz de interferir nas condutas e atitudes da equipe. Neste processo o conhecimento é compartilhado e agregado aos já existentes construindo as rotinas e cultura do ambiente.

2.1.2 – Construindo as Representações Sociais: Os Processos de Objetivação e Ancoragem

Para se realizar um estudo sobre as representações sociais é necessário delimitar o objeto a ser pesquisado. De acordo com Sá (2005), o objeto de pesquisa é formado a

partir da simplificação e compreensão do fenômeno da representação social pela teoria, conforme a finalidade da pesquisa. A construção das representações sociais inicia-se na relação de como o sujeito representa o objeto.

Entretanto, representar algo consiste não somente em descrevê-lo ou reproduzi-lo, é reconstruí-lo, modificá-lo a partir de trocas, interações e experiências humanas. De hábito, precisa-se necessariamente das informações, das palavras, do conhecimento, para compreender ou descrever os fenômenos que aparecem no ambiente (ESCUDEIRO, 1997).

Por meio da TRS, Moscovici definiu padrões para analisar cientificamente o conhecimento produzido dos processos de comunicações sociais, denominado de “senso comum”, os quais refletem nas mudanças e interações do grupo. Com a aplicação da TRS, esse conhecimento, antes banalizado, passou a ter importância científica e diversos estudos foram desenvolvidos, buscando compreender o comportamento social (NÓBREGA, 2001).

A interação de saberes e conhecimento são indispensáveis para o bom atendimento a criança devido suas especialidades e fragilidades atreladas ao processo de crescimento e desenvolvimento, é nesta perspectiva que a TRS de Serge Moscovici (1978), a partir de seus conceitos e definições possibilita englobar todo o contexto que permeia o desenvolvimento da Assistência Sistematizada de Enfermagem a esta clientela. Na dinâmica do atendimento a criança, os profissionais interagem entre si, para sanar as dificuldades e necessidades relativas ao processo de internação, o objetivo maior consiste em prestar atendimento seguro e de qualidade.

Conforme postula a TRS, não existe representação que não seja de um objeto e de um sujeito. O sujeito se apropria e constrói as representações, processos que podem ser cognitivos do tipo emocional ou depender de uma experiência particular que inclua uma ação no mundo. Esses fenômenos que ocorrem de maneira cotidiana pelas ações de um ou vários sujeitos só poderiam existir pela presença de um objeto (MOREIRA, CAMARGO, 2007).

Assim, as RS tornam ‘familiar’ o que não o é; fazendo com que o objeto de representação (material ou não material) a ser processado mentalmente pelos sujeitos sociais sofra determinadas transformações. Isto significa dizer que, no processo de formação de uma representação social, estão presentes dois conceitos determinantes, a saber: objetivação e ancoragem.

Baseado em Moscovici (1978, p.76), a elaboração e funcionamento de uma representação podem ser compreendidos através dos processos de objetivação e ancoragem, eles fazem com que o pensamento, a idéia, se concretize por meio da ação humana. O primeiro pode ser entendido como o ato de “reabsorver um excesso de significações, materializando-as”. É também transplantar para o nível de observação o que antes era apenas inferência ou símbolo.

Moscovici (1978) introduz assim os processos de objetivação e ancoragem que dão origem às representações sociais:

O processo de objetivação consiste na operação que permite tornar concretos os conceitos abstratos, ao materializar abstrações em imagens. “ A objetivação é caracterizada como passagem de conceitos ou idéias para esquemas ou imagens concretas, os quais, pela generalidade de seu emprego, se transformam em supostos reflexos do real (MOSCOVICI, 1978, p.289).

A objetivação é uma etapa importante no desenvolvimento das RS, visto que ela significa dar forma ao pensamento cognitivo, às idéias. Constitui-se em três fases: a seleção e descontextualização da teoria, a formação do núcleo figurativo, e a naturalização.

A primeira fase é a triagem de elementos a partir do campo da cultura e, especialmente, normativos; informações científicas que são apropriadas por público determinado de acordo com esquemas que lhes são próprios; a seguinte são elementos que formam um conjunto coerente e imagético que torna concreto aquilo que é abstrato e, finalmente, a naturalização, que consiste nos vários elementos do núcleo figurativo que são coordenados e tornam-se elementos da realidade. Transformam-se em evidência que orientam as percepções e o julgamento da realidade socialmente construída (TURA, MOREIRA, 2005).

A objetivação pode ser definida como a transferência de uma idéia, de um conceito, ou de uma opinião em algo concreto. Cristaliza-se a partir de um processo figurativo e social e passa a constituir um núcleo figurativo de uma determinada representação seguidamente evocada, concretizada e disseminada como se fosse o real daqueles que o expressam (COELHO, SILVA, PADILHA, 2009).

Outro processo de funcionamento da TRS é a ancoragem, que se refere à incorporação de novas informações ao sistema de categorias sociais já existentes,

comparando-as, interpretando-as e reproduzindo-as para que adquiram características e se ajustem às relações do grupo (MOSCOVICI, 2003).

A ancoragem, ou seja, a inserção do novo objeto no acervo de conhecimentos já existentes, constitui-se como uma rede de significações em torno do objeto, relacionando-o a valores e práticas sociais.

A representação sempre se constrói sobre algo já pensado, ou manifesto. A familiarização com o estranho pode, com a ancoragem, fazer prevalecer quadros de pensamento antigos, posições preestabelecidas, utilizando mecanismos como a classificação, a categorização e a rotulação. E classificar, comparar, rotular, supõe sempre um julgamento que revela algo da teoria que temos sobre o objeto classificado (COELHO, SILVA, PADILHA, 2009).

Para Arruda (2002), a ancoragem dá significado ao objeto desconhecido, o não familiar torna-se familiar. O indivíduo recorre ao que é familiar para fazer uma espécie de modificação da novidade: traz ao terreno conhecido, ancora o desconhecido neste lugar, retirando-o assim, do território não familiar.

Para Jodelet (2005), no processo de formação das representações

[...] a ancoragem intervém assegurando sua incorporação ao social. [...] enraíza a representação e seu objeto numa rede de significações que permite situá-los em relação aos valores sociais e dar-lhe coerência [...] A ancoragem serve para a instrumentalização do saber, conferindo-lhe um valor funcional para a interpretação e a gestão do ambiente (JODELET, 2005, p.38-39)

Ao procurar compreender o novo, o não familiar, dialogamos com nossos conhecimentos e experiências anteriores, preexistentes e assim, ancoramos o novo em um enquadramento de saberes (valores, cognições, afetividades) já vivenciado. É nesse sentido que é afirmado haver um contínuo processo dialético de construção de conhecimento pelo qual aderimos, integralmente ou não, às novidades, ao que nos é proposto, de acordo com o conhecimento e valores que tínhamos.

2.1.3 – A Teoria do Núcleo Central e Periférico em Representação Social

A Teoria do Núcleo Central ou Teoria da Abordagem Estrutural das Representações Sociais, de Jean-Claude Abric, pretende prioritariamente estabelecer o

início e a organização da RS, explicando a estruturação das representações sociais (ABRIC, 2003).

Para o autor, uma representação social é organizada em torno de dois subsistemas distintos, quais sejam: central e periférico. Nesse arranjo, o sistema central é composto por um ou mais elementos que oferece grande dimensão e solidez à representação, é responsável pela unificação desta, sendo responsável pela significação da representação social. Pode ser entendido como um espaço onde há conformidade consensual de um grupo, e que proporciona a esse grupo estabilidade, coerência e continuidade das representações, mostrando-se relativamente independente do contexto social e material imediato (ARRUDA, 2002), (ABRIC, 2003).

O núcleo central consiste em uma conjuntura de elementos altamente resistentes a mudanças, pois está ligado à memória coletiva, conferindo significado, consistência e permanência à representação (ABRIC, 2003).

A volta deste elemento central, estão os elementos periféricos, aqueles que fazem a interconexão com as situações em que se origina a representação e os modos individuais de conhecer o mundo, estas garantem a sustentação, configurando-se como uma espécie de componente estruturante, ou seja os elementos periféricos configuram-se em um sistema que permiti ao núcleo central adaptar-se à realidade. (ARRUDA, 2002), (ABRIC, 2003).

Os elementos periféricos contribuem para clarear o caminho conceitual, teórico e metodológico do estudo das representações sociais. Os elementos do núcleo central tendem a se apresentar como funcionais e normativos. Isto implica dizer que o núcleo central tem um papel relevante para a representação social, uma vez que organiza as significações e prescreve ações para que a representação seja mantida. É formado pela natureza do objeto e pelo sistema de valores e normas sociais que estabelecem o contexto ideológico do grupo (ARRUDA, 2002).

Abric (2003), coloca que, no núcleo central, há uma organização dos elementos fundantes e estabilizantes das RS dos grupos. Isso acontece porque no núcleo central ocorrem as funções fundamentais na estruturação e no funcionamento das representações sociais. São elas:

1ª) geradora – ele é o elemento pelo qual se cria e se transforma uma representação, dando significação aos outros elementos constitutivos da representação, é por essa função que esses elementos tomam um sentido, um valor

2ª) organizadora – é ele que determina a natureza das ligações entre os elementos de uma representação social. É por ela que o núcleo central se torna o elemento unificador e estabilizador da representação; e

3ª) estabilizadora – seus elementos são os que mais resistem às mudanças.

O núcleo central sustenta-se no fato de ser ele o elemento que define o significado de uma representação e, ao mesmo tempo, colabora para sua organização interna. Ele é entendido como a base comum que define a homogeneidade do grupo, tendo um papel importante na estabilidade, coerência e continuidade das representações, sendo relativamente independente do contexto social e material imediato.

Já o sistema periférico faz a interface entre a realidade concreta e o núcleo central. Ele permite uma flexibilização em função do vivido, uma integração das experiências cotidianas e comporta certa heterogeneidade de comportamentos e conteúdo. São essas características que nos permitem vislumbrar as alterações sutis em seus componentes, transitando entre o sistema periférico, antes que venha a se constituir e integrar o núcleo central.

O processo de construção das representações sociais ocorre na incorporação de informações e fatos que ocorrem no cotidiano, que as pessoas através do seu sistema periférico, aos poucos, vão constituindo-se como verdades do grupo e, com isso, aos poucos, modificando as dimensões estabelecidas nos conhecimentos valores e crenças enraizadas do núcleo central, pois é no sistema periférico que se permite alienar algum objeto ou fato social, uma vez que pela sua consciência permite conferir um novo significado para esse objeto ou fato.

Por sua vez, os elementos do sistema periférico também apresentam três funções principais, quais sejam (RANGEL, 2004):

1ª) ser a interface entre o núcleo central e o contexto;

2ª.) adaptar as representações diante das mudanças do meio; e

3ª.) preservar a representação.

Nesse sistema, é possível que exista a presença de elementos históricos relativos ao indivíduo e que, conseqüentemente, atuam na constituição desse sistema, caracterizando assim uma maior heterogeneidade dos conceitos em relação ao grupo.

Quadro 4 – Características do núcleo central e sistema periférico

Núcleo Central	Sistema Periférico
Ligado a memória coletiva e a história do grupo	Permite a integração das experiências e das histórias individuais
Consensual: define a homogeneidade do grupo	Suporta a heterogeneidade do grupo
Estável, coerente erigido	Flexível, suporta contradições
Resistente à mudança	Transforma-se
Pouco sensível ao contexto imediato	Sensível ao contexto imediato
Gera a significação da representação e determina sua organização	Permite a adaptação à realidade concreta e a diferenciação do conteúdo: protege o sistema central

Fonte: Alves, Mazzotti (2007, p.23)

A análise de uma representação social, não é atividade simples, pois deve ser permeada pela compreensão dos saberes, crenças e valores relacionados com aspectos cognitivos e sociais do objeto. Em função disso, a abordagem estrutural das representações sociais abriga distintos métodos de pesquisa científica, bem como diferentes instrumentos de coleta de dados.

As representações criadas durante as relações fazem com que idéias se materializem e novos conhecimentos sejam incorporados (COELHO, SILVA, PADILHA, 2009).

3. MÉTODO

[...] não é a pertença de um sujeito a determinado grupo social que faz com que ele se comporte socialmente da maneira como faz, mas a sua representação mental dos fatos sociais [...].

(Wolfgang Wagner)

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa exige maior preocupação com o aprofundamento e abrangência da compreensão do objeto do que com sua generalização (MINAYO; 2010). Para Marconi e Lakatos (2009), a pesquisa descritiva se refere aos fatos que são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Isto significa que os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não manipulados pelo pesquisador. Gil (2007), refere que a pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito. Seu planejamento é bastante flexível, de modo que possibilita a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.

Foi utilizado como método a Teoria das Representações Sociais (TRS) de Serge Moscovici, que é definida como uma forma de conhecimento do senso comum e que esta diretamente relacionado com à maneira como as pessoas entendem e introjetam as informações de acordo com os referenciais que possuem e reelaboram o saber científico, segundo sua própria conveniência ou de acordo com os meios e recursos que estão disponíveis (MOSCOVICI, 1978). A aplicação da teoria de Representações Sociais neste estudo vincula-se tanto as relações que o sujeito estabelece com o cotidiano de suas práticas, quanto à significação que este mesmo sujeito atribui ao processo de organização, planejamento e execução da SAE no cuidado à criança.

3.2 Local de Estudo

O cenário para este estudo foram as unidades de atendimento à criança de dois Hospitais Escolas do município de Cáceres – MT.

O município de Cáceres localiza-se a 16° 04' 16" de latitude ao Sul e 57° 40' 44" de longitude ao Oeste, no pantanal Matogrossense. Pertence ao estado de Mato Grosso e situa-se a 211 quilômetros da capital – Cuiabá. Possui uma área de 24.351 Km e uma população de 87.912 habitantes. Seu bioma é Cerrado, Amazônia e Pantanal e a principal

atividade econômica da cidade é a agropecuária. Faz divisa com os municípios de Glória D'Oeste, Curvelândia, Lambari D'Oeste e Porto Estrela ao norte, Poconé, Porto Esperidião e República da Bolívia ao sul (IBGE, 2006).

Os dois hospitais constituem unidades terciárias, filantrópicas, gerenciados pela mesma mantenedora, cuja clientela usuária é de aproximadamente 80% do Sistema Único de Saúde (SUS), estas unidades estão credenciadas para realização de procedimentos de alta complexidade e possuem as seguintes áreas de assistência à criança:

- Hospital A: 10 leitos de atendimento ambulatorial, 23 leitos de internação pediátrica, 10 leitos de atendimento intensivo ao neonato (UTIN) e 10 leitos de atendimento intensivo a criança (UTIPED).
- O Hospital B: não possui leitos ambulatoriais exclusivos para crianças, tem 16 leitos de internação pediátrica, 27 leitos de UTIN subdivididos em 9 de alto risco, 10 para risco intermediário e 8 de baixo risco estruturados no formato mãe canguru. A unidade de tratamento intensivo pediátrico funciona com 8 leitos.

A estrutura física destes espaços é organizado e decorado ludicamente de forma a respeitar o sentido da infância durante a internação. Possuem paredes com pinturas laváveis de personagens que remetem ao universo infantil, ambos os hospitais possuem brinquedoteca estruturada com brinquedos e livros estimuladores para as diversas fases da infância e possuem calendário de atividades recreacionais desenvolvidas por acadêmicos dos cursos de Pedagogia, Educação Física e Fisioterapia, além de projetos de extensão vinculados ao curso de Enfermagem desenvolvidos em datas específicas de celebração.

O hospital B ainda possui espaço para recreação ao sol com brinquedos de estímulo motor e sala de computação para o desenvolvimento de atividades escolares e jogos.

Em ambos hospitais o uso do branco foi abolido pela equipe de saúde, sendo utilizado pelo corpo de enfermagem roupa privativa confeccionada nas cores verde e azul.

Considerando que este estudo tem como proposta investigar as RS dos enfermeiros que prestam atendimento à criança, então, também foram incluídos os espaços: sala de parto (recepção do neonato) e centro cirúrgico (cirurgias pediátricas) como ambientes de pesquisa.

A escolha dos locais para a realização do estudo foi pautada no fato de estes serem hospitais de referência para atendimentos à criança, à gestantes e a neonatos de alto risco da região, por possuírem a SAE implantada em todos os setores do hospital desde o ano 2000, além de constituírem campo de atuação da investigadora como docente.

3.3 Sujeitos de Estudo

O núcleo de enfermagem que atua no cuidado à criança das duas unidades hospitalares é composto por aproximadamente 60 enfermeiros e cerca de 250 técnicos de enfermagem.

Participaram do estudo 45 enfermeiros dos setores de atenção à criança dos turnos diurno e noturno, que estavam em atividade profissional no mesmo setor por no mínimo seis meses, e demonstraram disponibilidade em participar do estudo, de acordo com a sua aceitação verbal e, em seguida, a manifestação escrita, por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE (Apêndice A).

O critério de tempo mínimo de seis meses de trabalho no setor de atendimento a criança foi escolhido para inclusão na pesquisa, pois, a RS é a forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Para que esta construção aconteça é necessário um tempo de convívio para que as pessoas entendam e introjetem as informações de acordo com os referenciais que possuem e reelaborem o saber científico.

Foram excluídos os enfermeiros que trabalhavam no sistema de plantão avulso, ou seja, prestadores de serviço pertencentes ao quadro de enfermagem do hospital, mas que por acordo institucional realizam cobertura de profissionais faltosos esporadicamente.

Ao final foram excluídos 9 enfermeiros por não corresponderem ao critério de inclusão tempo mínimo de trabalho no mesmo setor, 2 por estar em gozo de férias, 1 por se enquadrar no critério de exclusão e 3 por incompatibilidade de agenda.

Os 45 enfermeiros participantes, ao período da pesquisa estavam assim lotados nas clínicas das instituições.

Espaço Hospitalar	Hospital A	Hospital B	Total
Pediatria	4	3	7
UTIN	5	4	9
UTPED	5	4	9
Ambulatório	3	2	5
Sala de Parto	4	4	8
Centro Cirúrgico	3	4	7
Total	24	21	45

Todos os preceitos éticos e legais relacionados a pesquisas utilizando sujeitos de estudo foram respeitadas segundo os requisitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos.

3.4 Coleta de Dados

Na coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: O primeiro foi composto por perguntas que objetivaram desenhar o perfil dos entrevistados; e uma entrevista semiestruturada que abordou aspectos relacionados ao conhecimento sobre a SAE, no que se refere à práxis da enfermagem, ao planejamento, desenvolvimento e avaliação da assistência de enfermagem ao cliente (Apêndice B). A entrevista visou aprender o conteúdo das representações sociais dos sujeitos.

O segundo instrumento foi um questionário de livre associação que ofereceu suporte para o emprego da técnica de livre associação de palavras (TALP), que consistiu em apresentar as expressões indutoras “Sistematização da Assistência de Enfermagem”, e “Atuação do Enfermeiro na SAE” solicitando aos participantes a produção e a posterior classificação, por ordem de prioridade, de três palavras, expressões e/ou adjetivos que lhes viessem à mente (Apêndice C).

Os dados foram coletados no período de maio e junho de 2015, pós parecer favorável do CEP/UNEMAT, com prévio agendamento e seguiu calendário proposto pelos enfermeiros do estudo.

Apesar do agendamento das entrevistas segundo a disponibilidade do sujeito, em virtude de tarefas e intercorrências nos setores, houve a necessidade de retornar inúmeras vezes ao campo para aplicar os questionários, esperando pacientemente o tempo do sujeito para respondê-lo.

A aplicação do teste de associação livre de palavras - TALP (Apêndice C), tornou possível compreender a estrutura das representações sociais dos sujeitos, através das manifestações, reações, evocações e escolhas. Portanto foi solicitado que os participantes verbalizassem, em menor tempo possível, as primeiras palavras, adjetivos e ou expressões que lhe viessem à mente ao ouvirem as palavras e expressões indutoras: Sistematização da assistência de Enfermagem e Atuação do enfermeiro na SAE, com a finalidade de apreender as representações sociais dos participantes, estas depois foram organizadas pelo sujeito segundo sua percepção de prioridade.

A entrevista foi implementada em segunda etapa, com gravação de áudio dos questionamentos. Para Minayo (2010), a entrevista semiestruturada é uma técnica de pesquisa que obedece a um roteiro apropriado fisicamente e utilizado pelo entrevistador, tem uma sequência clara de questões que facilita a abordagem e assegura, sobretudo aos investigadores menos experientes, que suas hipóteses ou pressupostos serão cobertos na conversa.

Todas as fases da coleta e análise de dados foram realizadas pela pesquisadora. Considerando que os dois hospitais são também ambientes de trabalho da pesquisadora através do acompanhamento das práticas de campos de estágio de acadêmicos de enfermagem, e por esta também ser conhecida nos dois ambientes hospitalares tendo inclusive participado da formação de vários dos sujeitos da pesquisa, na fase de coleta de dados houve grande preocupação em minimizar as possibilidades de viés na coleta. Assim foi permitido aos enfermeiros que respondessem calmamente o questionário e entrevista enfatizando que o resultado da avaliação não seria identificado.

3.5 Tratamento e Análise dos Dados

Para a caracterização dos sujeitos foi utilizado o software *Excel 2007*, as informações foram apresentadas no formato de tabelas segundo suas frequências, por meio de valores absolutos e relativos.

Para a análise dos dados das entrevistas utilizou-se o software “Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de segmentos de Texto (*ALCESTE*) versão 4.10, que foi

criado na França, em 1979, por Max Reinert, no CNRS (Centro Nacional Francês de Pesquisa Científica) com apoio da ANVAR (Agência Nacional Francesa de Valorização à Pesquisa). O *software*, apesar de originalmente trabalhar com a língua francesa, possui dicionários em outros idiomas, fato que permite sua utilização com materiais em português (GOMES; OLIVEIRA, 2005). Ele permite realizar a análise de conteúdo de material diverso, podendo ser entrevistas, obras literárias, artigos de revistas, entre outros, com o objetivo de quantificar o texto para extrair as estruturas mais significativas, as quais estão relacionadas com a distribuição de palavras, análise lexical.

O método utilizado pelo *Alceste* é a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) de conteúdo textual, tendo a palavra como unidade, considerando seus respectivos contextos de ocorrência (GOMES; OLIVEIRA, 2005), (VITORIA REGIS, 2011).

O programa toma como base um único arquivo (*corpus*) que deve ser formatado seguindo regras próprias do *software* para que possua homogeneidade na sua apresentação. Para um melhor aproveitamento da análise é essencial o seguimento dessas regras.

Devido a estrutura do programa para o reconhecimento de vocábulos, faz-se necessário a padronização de expressões ou temas, ou até a mesmo a união de palavras, através do traço subscrito, o qual também foi utilizado para substituição do hífen em palavras compostas. Foram retirados do texto gírias e/ou vícios de linguagem. Foram corrigidos também os tempos verbais e as falas foram colocadas em uma linguagem mais formal, porém com a preocupação de não alterar o sentido do texto. Vale ressaltar que estas alterações somente foram feitas com o objetivo de adequar o texto transcrito das entrevistas para análise do software. No entanto, para a apresentação dos resultados, as falas dos participantes são utilizadas na íntegra, exatamente como foram expressas no momento da entrevista.

A análise *Alceste* é organizada em quatro fases de operações (A, B, C, D) as quais são desenvolvidas em cinco etapas principais (CAMARGO, 2005), (VITORIA REGIS, 2011).

- 1- Identificação das unidades de contexto
- 2- Pesquisa das formas reduzidas de palavras plenas analisadas
- 3- Definição dos quadros de dados associados
- 4- Pesquisa de classes de unidades de contexto

5- Descrição e interpretação das classes

1-Identificação das unidades de contexto

O Alceste divide o material a ser analisado em grandes unidades denominadas Unidades de Contexto Iniciais (UCI), que são as divisões naturais do corpus. Elas são os primeiros índices de uma estrutura e são assinadas pelas chamadas linhas estreladas. As linhas estreladas identificam cada UCI e possuem as informações que caracterizam cada entrevistado, através das variáveis escolhidas pelo pesquisador.

Após reconhecer as UCI, o *software* novamente formata e divide o texto em segmentos de algumas linhas, denominadas Unidades de Contexto Elementares (UCE) que correspondem ao material discursivo referente à formação das classes (CAMARGO, 2005).

2-Pesquisa de formas reduzidas de palavras plenas analisadas

Nesta etapa é que ocorre a fase A, do conjunto de operações de análise do software: Leitura do texto e Cálculo dos dicionários. O *Alceste* prepara o *corpus*, reconhece as UCI, faz uma primeira segmentação do texto, agrupa as ocorrências das palavras em função de suas raízes e procede o cálculo da frequência das formas reduzidas destas palavras (VITORIA REGIS, 2011). A fase A possui três sub-fases: A1) Reformatação e divisão do texto em segmentos de tamanho similar ou as chamadas UCE ; A2) Pesquisa do vocabulário e redução das palavras com base em suas raízes (formas reduzidas); A3) Criação do dicionário de formas reduzidas.

Convém lembrar que, no processo descrito acima, o software pode identificar diferentes conjugações verbais, além de diferenciar palavras que tenham apenas função sintática (pronomes, artigos, advérbios) das com significados (verbos, substantivos, adjetivos) pois ele possui dicionários acoplados, inclusive de português (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006). São com as palavras com “significado” que o programa trabalha.

3-Definição e cálculo dos quadros de dados associados.

Neste momento é que se desenvolve a fase B. Cálculo das matrizes de dados e classificação das UCE. É quando ocorre a seleção das UCE a serem consideradas e o cálculo da matriz (as UCE são classificadas em função dos seus respectivos vocabulários) formas reduzidas X UCE (Sub- fase B1); cálculo das CHD propriamente dito (Sub-fase

B3), obtendo-se uma classificação definitiva. O procedimento é efetuado continuamente até que não resulte em novas classes (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006). Nesta etapa são construídos três quadros de dados que possibilitarão a segmentação das UCE em subconjuntos de texto até a definição das classes (VITORIA REGIS, 2011).

4-Pesquisa das classes de unidades de contexto

Desenvolve-se nesta etapa a fase C. Descrição das classes de UCE escolhidas. É uma etapa de cálculo que fornece os principais arquivos de resultados. Nestes arquivos ficam as diferentes classes escolhidas, sua dependência mutual, o vocabulário predominante de cada uma delas, as palavras estreladas e as palavras ferramentas características, sobre as quais o pesquisador baseará sua interpretação (VITORIA REGIS, 2011).

A fase C é dividida em três sub-fases C1) comparação de duas classificações e redefinição das classes escolhidas; C2) descrição dos perfis das classes; C3) análise fatorial de correspondência ou AFC (representação das relações entre as classes num plano fatorial).

O método de classificação utilizado pelo *Alceste* para construção das classes é o de CHD, que permite a divisão do corpus de base em um número determinado de grupos de UCE denominado de classes.

5-Descrição das classes e bases para a sua interpretação

A fase D: Cálculos complementares, última fase do conjunto de operações do *software*, nesse momento ele calcula e fornece as UCE mais características de cada classe, permitindo a contextualização do vocabulário típico de cada uma delas. Constitui-se por quatro subfases D1) Seleção das chaves de contexto e das UCE características de cada classe; D2) Pesquisa das duas de palavras e dos segmentos repetidos por classe; D3) Classificação Hierárquica Ascendente de cada classe; D4) Seleção das palavras características das classes.

A extração das UCE representativas de cada classe permite apreender o sentido delas com a ajuda de frases reais extraídas do corpus. Cada UCE é precedida de seu número de ordem no corpus e do respectivo χ^2 (Qui- quadrado), cuja escolha é feita por ordem decrescente de associação à classe com um grau de liberdade (VITORIA REGIS, 2011).

O χ^2 calcula a frequência de aparição da palavra. Quanto maior o χ^2 , mais relevante é a palavra para a construção da classe. O programa fornece, então o número de classes resultantes da análise assim como as formas reduzidas, o contexto semântico e as UCE características de cada uma delas consolidada, as quais serão denominadas e interpretadas.

A partir deste ponto, utilizando os dados quantitativos, iniciou-se a análise qualitativa, do agrupamento de estratos de discursos realizados pelo *software* em dimensões, explorando e buscando compreender seu significado dentro da fala dos sujeitos, interpretando-as por inferências com a literatura pesquisada embasada na Teoria da Representação Social.

O produto proveniente do teste TALP foi organizado previamente, construindo o *corpus* para análise, este então foi tratado pelo software desenvolvido por Vergès denominado *EVOC* (Ensemble de programm espermettantl'analyse dès evocations) que organiza as evocações produzidas de acordo com as suas frequências e com a ordem de evocação. O cruzamento entre esses dois critérios (frequência e ordem das evocações) possibilitou a formação de um Quadro de Quatro Casas, que expressa o conteúdo e a estrutura das representações sociais para dado objeto de estudo (OLIVEIRA, 2001).

As palavras que foram evocadas de forma mais frequente constituíram elementos centrais da representação. Assim, o *software Evoc* permitiu vislumbrar o núcleo central em função de duplo critério: frequência e ordem de evocação das palavras.

A partir do cruzamento dos critérios de frequência e evocações, foram definidas a relevância dos elementos associados (palavras, frases e expressões) ao termo indutor. Esses resultados foram apresentados em quatro quadrantes, organizados em dois eixos. O eixo vertical contempla a frequência, enquanto o eixo horizontal a ordem de evocação. No quadrante superior esquerdo aparece os elementos mais relevantes que surgem nos primeiros lugares da ordem de evocação com uma frequência significativamente mais elevada (núcleo central). Os elementos menos nítidos na estrutura de representação, foram designados no quadrante superior direito e inferior esquerdo constituindo a representação periférica do fenômeno (núcleo periférico).

3.6 Aspectos Éticos

Para a implementação deste projeto foram obedecidas todas as exigências e recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto de pesquisa foi

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Mato Grosso – UNEMAT, por meio do CAAE de número: 42685215.7.0000.5166, e do parecer favorável 1.065.610 de 14 de maio de 2015 (ANEXO 1). Todos os participantes assinaram o TCLE.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do estudo serão apresentados em três partes:

- Na primeira parte, *Conhecendo os enfermeiros do estudo que cuidam de crianças*, foi apresentado o perfil dos enfermeiros.

- A segunda parte, *A Estrutura das Representações Sociais dos Enfermeiros que Cuidam de Crianças* apresentando a estrutura central e periférica das representações dos enfermeiros sobre a SAE no atendimento a criança.

- Na terceira parte O conteúdo das *Representações Sociais da Sistematização da Assistência de Enfermagem*, resultante da análise de conteúdo das entrevistas é apresentado.

4.1 CONHECENDO OS ENFERMEIROS DO ESTUDO QUE CUIDAM DE CRIANÇAS.

A viagem mais importante que podemos fazer na vida é encontrar pessoas pelo caminho.
(autor desconhecido)

Os dados apresentados neste item descrevem os sujeitos da pesquisa e suas principais características ligadas a formação e a sua atividade nos hospitais estudados, para Jodelet (2005), “quem sabe e de onde sabe” é questão fundamental em estudos de Representação Social.

Nesta etapa, 45 enfermeiros responderam ao questionário, sendo que o perfil dos participantes do estudo ficou delineado da seguinte forma: Vinte e nove dos entrevistados tinham entre 22 e 29 anos; quinze tinham entre 30 e 37 anos; dois tinham entre 38 e 45 anos. Quanto ao sexo, 42 dos entrevistados eram do sexo feminino e 03 do sexo masculino. Quanto a instituição formadora, 28 cursaram em instituição pública estadual do município da pesquisa, 3 cursaram em instituição pública federal do estado onde a pesquisa foi realizada, 12 fizeram o curso em instituições particulares do estado de Mato Grosso e 2 cursaram em Universidades federais fora do estado de Mato Grosso. Quanto à titulação dos enfermeiros, 17 eram graduados e 28 eram especialistas. Três participante finalizaram o curso de enfermagem em 4 anos e os outros 39 dos participantes terminaram o curso em 5 anos.

Na tabela 1 segue a apresentação do perfil dos sujeitos de acordo com o sexo, idade, tipo de instituição em que cursou a graduação em enfermagem, tempo de formação e titulação.

Tabela 1: Perfil dos enfermeiros que atuam nos cenários da pesquisa. Cáceres – MT/2015

Variáveis	N	%
Faixa etária (anos)		
22 a 29	28	62,2
30 a 37	15	33,3
38 a 45	2	4,4
Sexo		
Feminino	42	93,3
Masculino	3	6,6
Instituição de Formação		
Publica Federal	5	11,1
Publica Estadual	28	62,2
Privada	12	26,6
Anos de Formação		
< de 5 anos	3	6,6
5 anos	39	86,6
4 anos	3	6,6
Titulação		
Graduação	17	37,7
Especialização	28	62,2

Fonte: Dados da Pesquisa – 2015

A média de idade dos profissionais participantes da pesquisa foi de 33,5 anos, variando entre 22 e 45 anos, sendo a faixa etária entre 22 a 29 anos a de maior incidência (62,2%). Nota-se que os participantes são enfermeiros adultos jovens (idade entre 22 e 37 anos), estando em fase de pleno desenvolvimento e produtividade profissional. Menzani e Bianchi (2009), em estudo que apresentou o perfil de enfermeiros de todas as regiões do país demonstrou o predomínio de enfermeiros na faixa etária abaixo dos 40 anos (71,7%) atuando profissionalmente em todas as regiões brasileiras.

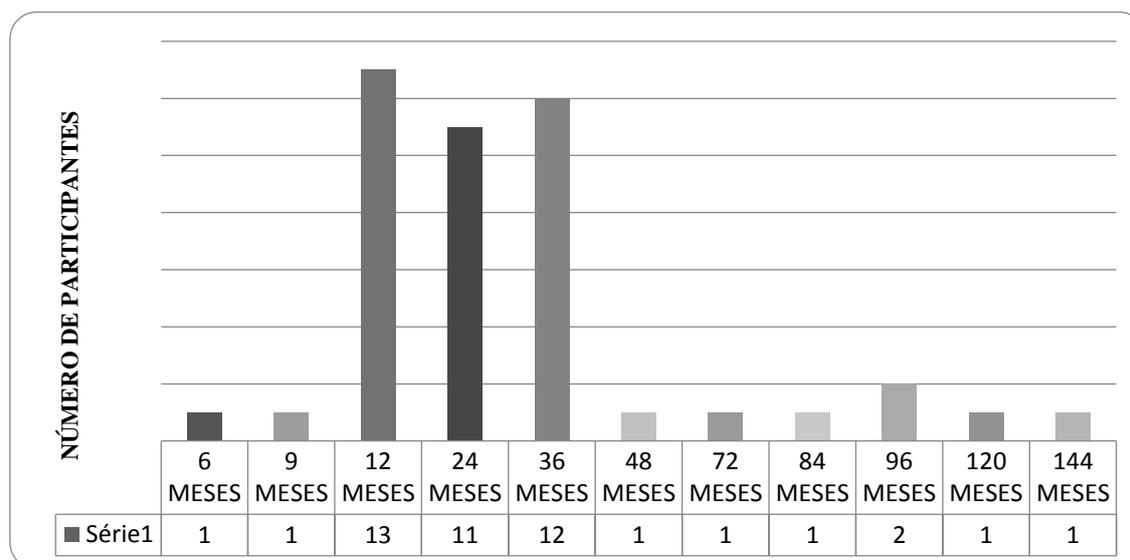
Quanto ao sexo dos entrevistados foi observado que 93,3 por cento eram do sexo feminino, refletindo que nos dois hospitais pesquisados esta variável segue em consonância com os hospitais das outras regiões do país, onde ainda prevalece o sexo

feminino como a grande mão de obra de trabalho da enfermagem reforçando a forte influência da mulher nas ações de cuidado à vida (NAUDERER; LIMA, 2005), (MENZANI; BIANCHI, 2009).

Na formação destes profissionais, é possível observar que a grande maioria era proveniente do ensino público estadual (62,2%), levaram cerca de 5 anos para finalizar o processo de formação, o que sugere que o currículo da instituição formadora estava atualizado segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem (DCN/ENF) que abordam na estruturação dos currículos as quatro principais dimensões do trabalho da enfermagem: gerencial, assistencial, de educação e de pesquisa.

A pós-graduação do tipo especialização no formato *lato sensu* foi a maior titulação dos envolvidos (62,2%). Se faz importante refletir sobre estes dados no intuito de estimular a expansão de programas de mestrado e doutorados na área de enfermagem para a região estudada, haja visto que desta forma também se agrega qualidade a formação profissional e a prestação de cuidado a saúde. Atualmente o Estado de Mato Grosso possui um programa de doutorado acadêmico em enfermagem vinculados a Universidade Federal do Mato Grosso que oferecem 12 e 5 vagas respectivamente semestrais no campus da capital do estado.

Gráfico 1: Distribuição dos participantes segundo tempo de trabalho na instituição, Cáceres – MT/2015.



Fonte: Dados da Pesquisa – 2015

É possível observar que 95,5% dos enfermeiros já trabalham nos hospitais pesquisados a mais de 12 meses. Este dado é importante pois aproxima o grupo do nosso objeto de estudo. Provavelmente todos os 95,5% já vivenciaram a SAE no espaço de atendimento à criança e conseguem pontuar e descrever esta experiência.

O contato prolongado com o mesmo ambiente (local, pessoas, rotinas, etc.) é de grande importância para a formação de elos de pertença grupal. No estudo das RS é sabido que estas vivências e trocas são importantes para a formação e ressignificação de conceitos, ou seja, como o sentido de um dado objeto é estruturado pelo sujeito, no contexto de suas relações (MOSCOVICI, 2003).

Outro dado que chama atenção neste gráfico é o número de profissionais com tempo de trabalho na instituição até 24 meses, representando cerca de 57,7%, o que pode indicar rotatividade de profissionais de enfermagem.

Segundo Aquino (1991), a rotatividade é a flutuação dos recursos humanos entre uma organização e seu ambiente. Geralmente, a rotação de pessoal é expressa por uma relação percentual entre admissões e as demissões, são expressas de acordo com a relação do número médio de participantes da organização, no decorrer de certo período.

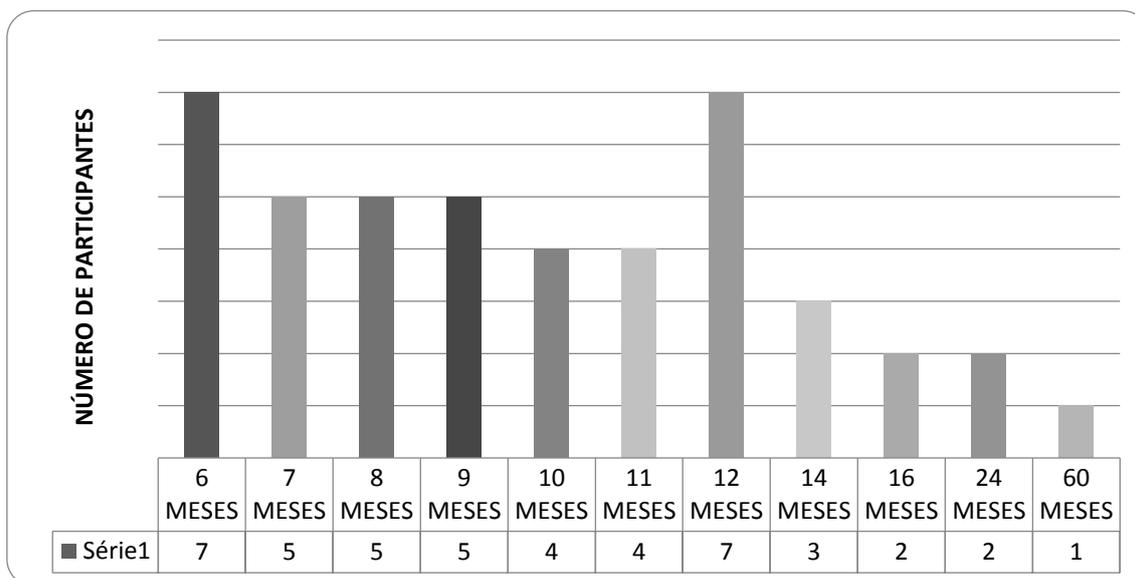
Esta sucessão de mudança na composição da força de trabalho revela a movimentação da força de trabalho entre o mercado de trabalho e a instituição (ANSEMI; DUARTE; ANGERAMI, 2001).

A rotatividade de equipes de saúde requer investimento em treinamento constante para a formação e adequação do profissional dentro dos referenciais da instituição, principalmente no que se refere a SAE.

A frequência com que ocorre a rotatividade da força de trabalho pode provocar sérias consequências para as organizações, pelos prejuízos, não só financeiros, no que se refere à diminuição da produção, mas também no tempo que será gasto para convocar, selecionar e treinar um novo profissional (STANCATO; ZILLI, 2010).

O Gráfico 2 demonstra que cerca de 82,2% dos enfermeiros atuavam no mesmo setor de assistência à criança à pelo tempo máximo de 1 ano. O enfermeiro com maior tempo de atuação no mesmo espaço de cuidado a criança dos hospitais estudado, o esta por cerca de 5 anos, fortalecendo a hipótese de provável rotatividade de profissionais na instituição.

Gráfico 2: Distribuição dos participantes segundo tempo de trabalho no mesmo setor de atendimento à criança, Cáceres – MT/2015



Fonte: Dados da Pesquisa – 2015

Quando se correlaciona esta informação a porcentagem de enfermeiros somente graduados, a idade, e o sexo destes sujeitos, é possível concluir que o perfil do corpo de enfermagem que assiste as crianças nestes dois hospitais é constituído respectivamente de enfermeiros do sexo feminino, recém-formados, ainda não especializados e com pouco tempo de atuação na instituição.

Os recursos humanos necessitam ser mantidos em níveis suficientes para atender a demanda de serviços. Uma rotatividade excessiva, proveniente da intensificação de saída de profissionais, provocam desequilíbrios na composição do quadro de pessoal, acarretando custos e, impondo efeitos indesejáveis, afetando a qualidade e a quantidade de serviços prestados, e prejudicando a assistência de enfermagem (STANCATO; ZILLI, 2010).

4.2 A ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CRIANÇAS

4.2.1 A Estrutura das RS Relacionadas ao Estímulo Indutor Sistematização da Assistência de Enfermagem

A construção social é sempre um processo não intencional, construir um objeto socialmente significativo é algo que o grupo ou seus membros fazem, e não algo que tentam fazer depois de meditar sobre eles.

(Wolfgang Wagner)

O *software EVOC*, busca através da frequência de evocações identificar nas representações seus elementos centrais e periféricos. Em resposta ao termo indutor “Sistematização da Assistência de Enfermagem”, a análise do *corpus* formado pelas evocações dos 45 participantes, nos dois hospitais-escola, revelou que, foram evocadas 135 palavras.

Das 135 palavras evocadas foram selecionados pelo *software* 13 termos com média da ordem de evocação de 2,0. Foram desprezadas as evocações cuja frequência foi inferior a 3; sendo a frequência média de 8 evocações. A Figura 3 foi resultante da análise combinada desses indicadores (frequência e ordem de evocação).

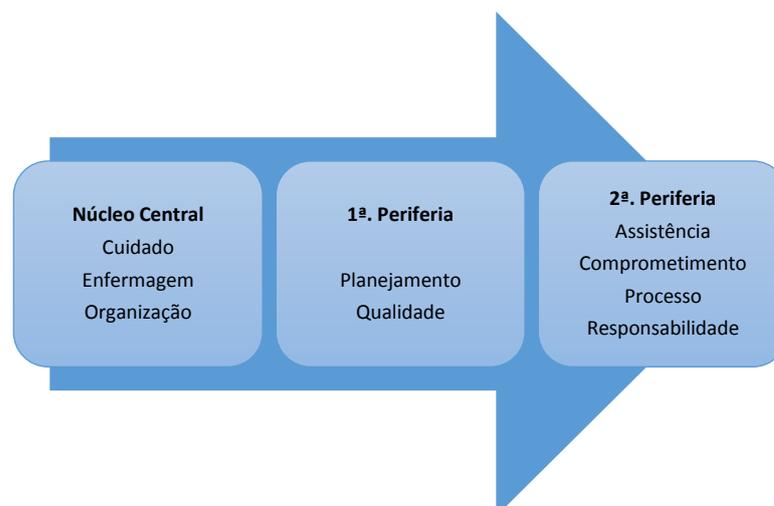


Figura 3 - Principais termos evocados pelos enfermeiros após o estímulo indutor “Sistematização da Assistência de Enfermagem”. Cáceres, MT, Brasil, 2015

A análise dos resultados dos questionários de livre associação de palavras permitiu apreender os valores, as crenças e a prática dos participantes diante da expressão indutora, percebendo os termos formadores do provável núcleo central (quadrante superior esquerdo) desta representação e do sistema periférico (quadrante superior e inferior direito) (Quadro 5).

Quadro 5 - Distribuição das representações sociais para o estímulo indutor Sistematização da Assistência de Enfermagem. Cáceres, MT, Brasil, 2015

*OMI	<2,0			≥2,0		
Frequência Media	Núcleo central	F**	Rang†	Elementos periféricos 1	F	Rang
≥8	Cuidado	17	1,765	Planejamento	8	2,500
	Enfermagem	10	1,600	Qualidade	17	2,059
	Organização	13	1,538			
	Elementos de contraste	F	Rang	Elementos periféricos 2	F	Rang
3≤	Ciência	5	1,200	Assistência	4	2,000
<7	Humanização	3	1,667	Comprometimento	4	2,000
	Obrigações	3	1,667	Processo	4	2,500
				Responsabilidade	3	2,000

* Ordem média das evocações; **frequência das evocações; † distribuição das evocações.

Frente à expressão indutora “Sistematização da Assistência de Enfermagem”, os sujeitos evocaram mais prontamente as palavras: cuidado, enfermagem e organização, estas palavras tiveram as maiores frequências, indicando os elementos que constituem o núcleo central desta representação e refletem a dimensão das ações de enfermagem para estes profissionais, ou seja, traduzem o entendimento do cuidado organizado como objeto de trabalho da enfermagem.

O termo “cuidado” obteve maior frequência de evocação, apontando ser o provável núcleo central das representações sociais acerca da SAE.

O cuidado de enfermagem é universal, multidimensional, singular e deve considerar os sistemas social, econômico e cultural dos envolvidos. Assim, a atuação da enfermagem está compreendida em uma zona de intercessão entre o cuidado e o tratamento. Embora esses possam ser confundidos com a aplicação de uma técnica, são, na verdade, frutos de um conjunto de ações que se baseiam nas leis que presidem a saúde,

com as quais se confundem, porque são da mesma natureza e essenciais, tanto para a manutenção quanto para a reparação da vida (COLLIÈRE, 1999).

Nessa perspectiva, o cuidado de enfermagem pode ser explicado como um conjunto de ações desenvolvidas pelo profissional de enfermagem em substituição dos cuidados que a pessoa não pode temporariamente garantir a si própria, ou que não pode ser garantido por seu entorno social (COLLIÈRE, 1999). A este termo reforça a concepção do ser enfermeiro, expressando sua ciência e seu objeto de trabalho.

O cuidado ao atendimento de saúde da criança foi, durante muitos anos, pautado na cura da doença. Atualmente, está em construção um modelo assistencial em que a criança deixa de ser compreendida como ser unicamente biológico, que privilegia cuidado assistencial centrado em suas especificidades e de sua família, mediante a construção de redes de apoio, buscando sua integralidade (ABUD; GAÍVA, 2015).

Nesta nova perspectiva, o cuidado de enfermagem deve promover e restaurar o bem-estar físico, psíquico e social, considerando aspectos intrínsecos ligados à sua condição de criança e reconhecendo o protagonismo familiar, bem como as legislações que garantem suas especificidades (RODRIGUES; AMADOR; SILVA; REICHERT; COLLET, 2013), (MARQUES; LIMA; MALAQUIAS; WAIDMAN; HIGARASHI, 2014).

Desta forma, ao considerar o cuidado como o possível núcleo central da RS da SAE, os participantes reconhecem que o cuidado constitui a verdadeira competência da enfermagem. Traduz uma ação que vai além de procedimentos técnicos, englobando o envolvimento e o compromisso com o outro e, portanto, uma ação humanizada, que melhora as condições e favorece a promoção e a prevenção da saúde, objetivando limitar a doença e promover a vida (BORGES; SANTOS, 2013).

Quando profissionais da enfermagem respondem às necessidades de cuidado e agem responsabilmente, ajudando a desenvolver, restaurar ou ampliar o cuidado na melhor maneira possível, temos o cuidado autêntico. Ao agir assim, os pacientes não são apenas ajudados a lidar e a enfrentar a doença e a incapacidade, mas são encorajados e empoderados a continuar em sua busca pela plenitude humana (WALDOW, 2015).

O segundo estímulo respondido, também como provável termo associado ao núcleo central da RS da SAE, com frequência de apresentação igual a dez e que fortalece as discussões relacionadas ao cuidado, foi a palavra Enfermagem. Deve-se ressaltar que a Enfermagem moderna tem predominância do modelo humanístico e suas práticas

profissionais foram historicamente marcadas pela forte influência do espírito religioso, da organização militar, dos princípios da divisão social do trabalho e, mais recentemente, pela busca de conhecimento próprio (ALVES; COGO, 2014).

É, por essência, desde o seu nascimento, expressa através do cuidado, e este cuidado durante todo o processo de formação do enfermeiro é abordado dentro de uma dimensão essencial e complexa, tanto na experiência de quem cuida quanto de quem recebe o cuidado, ou até mesmo de quem ensina a cuidar (CASAFUS, DELL'ACQUA; BOCCHI, 2013).

A profissão de enfermagem é regulamentada no território brasileiro pela lei 7.498/86, composta por três classes profissionais com atribuições específicas e proporcionais aos níveis de complexidade assistencial e ao tempo de formação de cada categoria. As inúmeras atribuições desenvolvidas por essa profissão abrangem afazeres técnicos e procedimentais, abordando características pessoais, como liderança, humanização, competência gerencial e inovação, bem como o desenvolvimento de boas relações pessoais (MEIRA; KURCGANT, 2016).

Convém ressaltar que o cuidado dispensado pelo enfermeiro à criança envolve também seus familiares e sua equipe, e seu singular significativo, pois somente por meio desta dinâmica é possível garantir melhor relacionamento, interdependência, coesão e competência nas ações (MARQUES; LIMA; MALAQUIAS; WAIDMAN; HIGARASHI, 2014).

Desse modo, a enfermagem contemporânea une a arte-ciência-ideal do cuidar, possibilitando ações que beneficiam o resgate do ser humano integral, fortalecendo os vínculos entre o sentir-saber-fazer (ALVES; COGO, 2014). Assim, a enfermagem assume a proposta de abordagem global do indivíduo, estabelecendo-se como prática de cuidado integralizadora.

A terceira palavra encontrada, relacionada à formação do núcleo central desta representação, foi o termo “organização”. Considerando o cuidado a marca e o núcleo de atenção da enfermagem, é preciso compreender que, para cuidar, são necessários instrumentos e processos metódicos, ou seja, de organização, para que o desfecho da ação base possa ser considerado integral e resolutivo.

As ações provenientes da rotina do enfermeiro devem estar voltadas para a qualidade do cuidado, de forma a abraçar as dimensões assistencial e gerencial desta prática. Uma ação cuidadora responsável perpassa pela avaliação e pelo planejamento de

todas as condições que envolvem determinada intervenção, ou seja, a organização da assistência, através da adoção de determinado método e o embasamento em conhecimentos científicos (VITURI; ÉVORA, 2015).

Apreendendo os três termos com maior frequência de evocação, “cuidado”, “enfermagem” e “organização”, e que por esta razão constituem o núcleo central desta representação, observa-se que estes são congruentes e convergem para o termo indutor da pesquisa: “Sistematização da Assistência de Enfermagem”.

Tratando-se de representação do núcleo central, ou seja, daquela que se mantém resistente a mudanças, pode-se inferir que a representação analisada reflete a premissa básica das práticas de enfermagem proposta por diversos referenciais da área. Ou seja, a enfermagem é uma profissão que necessita de modelo de organização, para administrar os diversos recursos necessários para o desenvolvimento do cuidado.

Portanto, a SAE no cuidado à criança constitui um arquétipo teórico para a prática assistencial integral, fazendo com que a atuação dos profissionais de enfermagem seja cientificamente coerente, planejada quanto à identificação de necessidades da criança e sua família, obtendo estabelecimento, alcance de metas e avaliação.

O sistema periférico desta representação é formado por duas periferias, constituídas de palavras que organizam a representação do núcleo central. As palavras da primeira e segunda periferia seguem a moda, ou o discurso politicamente correto no momento da coleta de dados. Constatou-se que foram formados por palavras que tinham sua significação atrelada às características desenhadas para a construção do perfil ideal do contemporâneo profissional de enfermagem, salientando os benefícios da aplicação do cuidado sistematizado.

Na primeira periferia, (quadrante superior direito), a presença dos termos “planejamento” e “qualidade” remete à dimensão avaliativa do cuidado e expressa posicionamento positivo diante da assistência de enfermagem. Os termos evocados se apresentam bem próximos ao núcleo central, já que contam com frequência de análise e ordem de evocação próximas da média do grupo.

O sistema periférico é formado por elementos mais dinâmicos e passíveis de atualizações; relacionado às características individuais e ao contexto; adaptando-se às situações específicas e contribuindo para sua organização (MOSCOVICI; 2003). Pode-se inferir, então, que os conceitos de planejamento e qualidade constituem complementos

indispensáveis do sistema central do qual ele depende, ou seja o cuidado sistematizado depende de planejamento e leva à qualidade.

A palavra “planejamento” está presente com frequência alta, reforçando a atitude positiva da ação diante do desenvolvimento do cuidado de enfermagem.

As manifestações das palavras evocadas estão em consonância com a raiz essencial do termo “Sistematização da Assistência de Enfermagem” e fortalecem a importância desta para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem à criança. Os termos que emergem na primeira periferia são respectivamente meio e resposta ao desenvolvimento do cuidado.

O planejamento da assistência é uma imposição legal. Ao planejar o cuidado, o enfermeiro incorpora a responsabilidade da assistência. O planejamento permite diagnosticar as necessidades do cliente, elaborar prescrições adequadas de cuidados, orientar a supervisão do desempenho do pessoal e a avaliar os resultados (CASAFUS; DELL’ACQUA; BOCCHI, 2013), (RODRIGUES; CALEGARI, 2016).

Portanto, o planejamento do cuidado gera qualidade assistencial. A qualidade pode ser observada e mensurada quando o planejamento do cuidado é fundamentado na cientificidade, nas experiências individuais e coletivas, e nas constantes construções e reconstruções dos processos (CASAFUS; DELL’ACQUA; BOCCHI, 2013), (SILVA; SILVA; VALADARES; SILVA; LEITE, 2015).

Desta forma, a SAE é importante ferramenta da gestão da assistência, servindo de base para o planejamento do cuidado desde a implementação dos manuais de normas e rotinas das unidades, padronização dos procedimentos, até a adoção do PE (SILVA; SILVA; VALADARES; SILVA; LEITE, 2015), (VITURI; ÉVORA, 2015).

Os termos que emergem na segunda periferia (quadrante inferior direito), “assistência”, “compromisso”, “processo” e “responsabilidade”, organizam a RS dos enfermeiros acerca da SAE, dando sustentação ao núcleo central da representação que é o cuidado. São apontadas neste quadrante palavras que valorizam aspectos ligados à dimensão atitudinal do indivíduo, como requisitos importantes para o exercício do cuidado.

As palavras “assistência” e “processo” estabelecem relação proximal como caminho a ser seguido, ou seja, as dinâmicas e as estratégias que o auxiliam e fortalecem o processo de aplicação da SAE no cuidado.

A prática de enfermagem diferenciada à criança requer o envolvimento de ações de cuidado direto e indireto. As ações diretas estão relacionadas ao operacional do cuidado, condições voltadas à prescrição e ao desenvolvimento do cuidado em si.

As ações indiretas estão relacionadas ao perfil do cuidador, e devem organizar e individualizar a sua assistência, com base no seu compromisso com os valores éticos e morais, a percepção que este tem do Estatuto da Criança e do Adolescente, o conhecimento das políticas de apoio à criança em todas as suas fases da vida e, sobretudo, o empenho e a responsabilidade que este esboça no processo de cuidar.

A zona de contraste (quadrante inferior esquerdo) corresponde a palavras que foram evocadas e estão relacionadas ao núcleo central, porém obtiveram ordem média de evocações e distribuição com valores baixos. Com relação ao termo indutor “Sistematização da Assistência de Enfermagem” as palavras “ciência”, “humanização” e “obrigação” traduzem avaliação positiva da SAE.

A sistematização do cuidado por meio da rigorosidade metódica expressa à ciência da enfermagem. A aproximação da SAE à estratégia de humanização do cuidado de enfermagem modifica o ambiente hospitalar, vinculando os avanços científicos da área às individualidades do cliente, permeando o processo assistencial por atitudes humanísticas (RODRIGUES; CALEGARI, 2016).

Entretanto, ainda neste quadrante, a palavra “obrigação” associa o desenvolvimento do cuidado sistematizado à tendência negativa, pois o desenvolvimento da SAE constitui parte da ciência do enfermeiro. A aproximação da SAE ao conceito de obrigação pode estar atrelada à frágil visão do processo de trabalho da enfermagem e da autonomia deste profissional, já que as demandas assistências deveriam ser fortalecidas por esta metodologia.

4.2.2 A Estrutura das RS Relacionadas ao Estímulo Indutor Atuação do Enfermeiro na Sistematização da Assistência de Enfermagem

Analisando a segunda expressão indutora “Atuação do Enfermeiro na Sistematização da Assistência de Enfermagem”, os sujeitos evocaram, mais prontamente, as palavras: conhecimento, humanização e importante (Figura 4), estas palavras tiveram as maiores frequências, indicando os elementos que constituem o provável núcleo central

desta representação e refletem o entendimento do grupo sobre as funções desenvolvidas pelo enfermeiro ao sistematizar o cuidado.

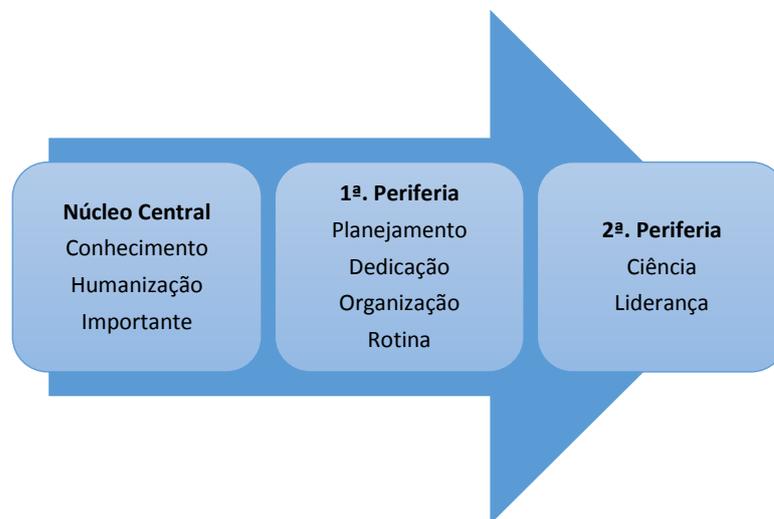


Figura 4 - Principais termos evocados pelos enfermeiros após o estímulo indutor “Atuação do Enfermeiro na Sistematização da Assistência de Enfermagem”. Cáceres, MT, Brasil, 2015

A análise das três palavras torna possível refletir que para o grupo social estudado a atuação do enfermeiro no cuidado sistematizado é ação de importância, fundamentada em conhecimento e que proporciona a humanização da assistência (Quadro 6).

A SAE é um dos conhecimentos da área de enfermagem e permite, através da pesquisa, da análise lógica e do raciocínio analítico, desenvolver e implementar cuidados, tanto técnicos como interpessoais ou de relacionamento e comunicação (HUITZI; PUYADENA; ETXABE; IRAOLA, 2014). Como conhecimento, ela é fortalecida por modelos e teorias que orientam e dão sentido a prática profissional do enfermeiro, com base na experiência pessoal e nos pressupostos científicos e filosóficos (RAILE; MARRINER, 2010).

Portanto é constituída de elementos científicos e filosóficos gerais que se tornam elementos específicos e únicos, que servirão para definir os elementos empíricos e operacionais de cada modelo conceitual (MELEIS, 2012).

Quadro 6: Distribuição das representações sociais para o estímulo indutor Atuação do enfermeiro na SAE. Cáceres, Mato Grosso, 2015.

OMI		< 2,0		> = 2,0			
Freq. Med	Núcleo Central	F*	Rang**	Elementos Periféricos 1	F	Rang	
6	Conhecimento	7	1,000	Planejamento	17	2,294	
	Humanização	7	1,143	Dedicação	6	2,167	
	Importante				Organização	6	2,000
					Rotina	6	2,833
	Elementos de Contraste	F	Rang	Elementos Periféricos 2	F	Rang	
3 < = < 5	Administração	3	1,333	Ciência	5	2,000	
	Autonomia	4	1,500	Liderança	5	2,000	
	Comprometimento	5	1,600				
	Resultados	4	1,750				

Legenda: * Frequência das evocações, ** Ordem média das evocações.

A palavra importância evocada como atuação do enfermeiro na SAE, pode estar relacionada a orientação que esta metodologia, organizada através do processo de enfermagem propõem à prática clínica do enfermeiro através dos trabalhos de investigação, intervenção e avaliação (DURAN; TOLEDO, 2011), (BENEDET; GELBCKE; AMANTE; et al, 2016). Bem como a legitimidade que esta favorece à assistência, mediante a equipe de saúde e a sociedade, e a garantia do exercício do direito de decidir sobre o cuidado do ser humano, com independência intelectual, técnica e científica (CASAFUS; DELL'ACQUA; BOCCH, 2013).

Há que se salientar ainda que a evocação da palavra “importância” também pode ser correlacionada a função exercida pela SAE na estruturação e organização dos serviços e ao reconhecimento desta como instrumento de planejamento do cuidado.

Outro aspecto a ser observado, foi a aproximação do cuidado sistematizado a perspectiva de humanização da assistência. Esta filosofia atual, faz parte da realidade dos serviços de saúde e diz respeito à valorização da especificidade do indivíduo e da prática integral na realização dos cuidados de enfermagem. A humanização do cuidado é possível através da SAE pelo potencial de reestruturação da prática que esta metodologia favorece, haja visto que sua implementação gera potencial de mudanças na organização e articulação dos serviços e dos profissionais de saúde (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009).

Outros estudos também destacam as contribuições da SAE para a humanização da assistência considerando esta ser um processo articulador, que assegura continuidade à assistência de enfermagem, proporciona cuidado individualizado, implica modificações no estilo de assistir e na forma de conceber a enfermagem, que passa do estilo funcional, para o estilo centrado no paciente, favorecendo uma relação pessoa a pessoa, na qual o cliente é participante na tomada de decisão (DUARTE; ELLENSOHN, 2007), (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002), (PERES; CIAMPONE, 2006).

A SAE no cuidado à criança possibilita a implementação da abordagem do cuidado centrado no binômio criança e família, estratégia humanizadora, pois inclui o cliente e seu familiar no processo de tomada de decisão, garantindo sua autonomia. Assim, as normas e regras necessárias à organização do processo de trabalho poderão tornar-se facilitadoras da dinâmica do trabalho na unidade pediátrica, ao invés de se tornarem empecilhos à necessária recriação cotidiana da assistência em cada situação singular (MOREIRA; et. al., 2012).

Para a efetivação da humanização na prática de enfermagem, deve haver um encontro entre profissional e cliente, o qual é condicionado à disposição desses sujeitos e também do auxílio de todos os envolvidos no processo. O exercício da humanização revela-se positivo e de qualidade, quando conta com a intencionalidade daquele que o faz, agregando valores e significado (SALICIO; GAIVA, 2006).

Contudo, a SAE é a oportunidade que o enfermeiro tem para mostrar sua competência técnica e científica, com destaque ao cuidado humanizado. Acredita-se que o conhecimento acerca deste assunto constitui-se uma arma a favor da viabilidade da sistematização, seja como forma de diferenciar a assistência prestada ou pela ampla visão humanista e profissional, capaz de responder às necessidades individualizadas de cada paciente, em especial quando se trata de crianças (MARTINS; SILVA; SOUZA; FERREIRA, 2013).

Desta forma, o núcleo central da atuação do enfermeiro na SAE, se estrutura através do reconhecimento pelo grupo social estudado de que a SAE é conhecimento específico da profissão, permitindo ao modo de assistir o cliente adequação técnica, científica e humanizada.

Na primeira periferia, (quadrante superior direito), a presença dos termos “planejamento”, “rotina”, “organização” e “dedicação” remete à dimensão prática da SAE, ou seja, o desenvolvimento do processo de enfermagem.

A palavra “planejamento” está presente com frequência alta, reforçando a atitude positiva da ação diante do desenvolvimento do cuidado de enfermagem. As evocações se apresentam bem próximas ao núcleo central, pois contam com frequência de análise e ordem de evocação próximas da média do grupo.

Sendo estas palavras elementos do sistema periférico, é importante ressaltar que estão relacionadas a características e ao contexto do núcleo central, sendo dinâmicas e atualizáveis (MOSCOVICI, 2003). Desta forma pode-se inferir que os termos “rotina”, “organização” e “dedicação” constituem elementos complementares e necessários ao sistema central, ou seja a atuação do enfermeiro na SAE é conhecimento importante e humanizador e depende de planejamento, da rotina, organização e dedicação.

As manifestações das palavras evocadas estão em consonância com a atuação do enfermeiro na SAE e constituem uma sequência a ser desenvolvida para estabelecer a sistematização do cuidado de enfermagem à criança, ou seja, o processo de enfermagem. Desta forma os termos que emergem na primeira periferia constituem a metodologia utilizada para sistematizar o cuidado à criança.

Atualmente existe um conjunto de estudos sobre o processo de trabalho do enfermeiro que mostra que as atividades deste profissional perpassam pelo gerenciamento dos serviços e pelo gerenciamento da assistência (FERRAZ, 2000), (LIMA; GUSTAVO; COELHO; SCHMITZ, 2000), (PEDUZZI; ANSEMI, 2002), (GUSTAVO; LIMA, 2003), (ROSSI; SILVA, 2005). Com base nesta concepção o trabalho do enfermeiro, ou a “rotina” e “organização”, é composto por duas dimensões que são complementares, a que faz a gestão administrativa e a que faz a gestão do cuidado, ambas são possíveis em virtude da SAE.

Aproximando a rotina hospitalar do cuidado à criança é importante frisar que ao se deparar com a necessidade da hospitalização da criança, a família pode compreender o hospital como um ambiente estranho, que fomenta sofrimento físico e emocional. Este fato faz com que a família se sinta esgotada, pouco à vontade para cuidar da criança e, geralmente, ignorada em suas necessidades, o que pode tornar a hospitalização uma experiência traumatizante (RIBEIRO; ANGELO, 2005), (SOUSA; GOMES; SILVA; SANTOS; SILVA, 2011).

O processo de enfermagem permite que o enfermeiro aplique um referencial teórico através de um método, para organizar cientificamente o cuidado integral,

implementando condições para uma rotina de serviços planejada, onde por exemplo as necessidades lúdicas sejam observadas e garantidas.

Portanto, o planejamento organiza a rotina das unidades hospitalares e do próprio cuidado. Rodrigues e Calegari (2006), consideram que o planejamento permite diagnosticar as necessidades do cliente, elaborar prescrições adequadas de cuidados, orientar a supervisão do desempenho do pessoal e a avaliar os resultados. Desta forma, a SAE é importante ferramenta da gestão da assistência, servindo de base para o planejamento do cuidado desde a implementação dos manuais de normas e rotinas das unidades, padronização dos procedimentos, até a adoção do PE (SILVA; SILVA; VALADARES; SILVA; LEITE, 2015), (VITURI; ÉVORA, 2015).

De acordo com o Dicionário Aurélio (2016), a palavra dedicação é substantivo feminino, que significa desprendimento de si próprio em favor de outrem ou de alguma idéia, é sinônimo de empregar, devotar-se, entregar-se, aplicar-se e destinar-se. Alguns estudos da área da enfermagem concluíram que o desempenho do PE no seu formato integral ainda sofre dificuldades de diversas naturezas, entre elas o pouco envolvimento do enfermeiro e sua equipe em sua operacionalização (NEVES, 2010), (GARCIA-SANTOS; WERLANG, 2013), (LORENZETTI; ORO; MATOS; GELBCKE, 2015).

Portanto o termo evocado “dedicação” faz parte da estrutura que sustenta a atuação do enfermeiro na SAE. Para fortalecer a implementação do PE é preciso além do conhecimento científico predisposição do corpo de enfermagem acreditando e desempenhando suas funções nesta metodologia.

Os termos que emergem na segunda periferia (quadrante inferior direito), “ciência” e “liderança”, organizam a RS dos enfermeiros acerca da atuação na SAE, dando sustentação ao núcleo central da representação que é o conhecimento específico da profissão, que permite o cuidado humanizado. São apontadas neste quadrante palavras que valorizam aspectos ligados à dimensão científica e gerencial, como requisitos importantes para atuar no cuidado à criança.

A palavra “ciência” estabelece relação proximal como caminho a ser seguido, ou seja, as dinâmicas e as estratégias que o auxiliam e fortalecem o processo de aplicação da SAE no cuidado à criança.

No processo de profissionalização da Enfermagem buscou-se, desde o início, construir um campo de conhecimentos específicos que deveria tanto manter operantes os sistemas de valores que caracterizavam o feminino e o cuidado como sua extensão, quanto

adquirir o estatuto de ciência (BARRA; NASCIMENTO; MARTINS; ALBUQUERQUE; ERDMANN, 2006).

Os conhecimentos desta profissão veem sendo desenvolvido através de várias correntes filosóficas e teóricas, que em um grande esforço através da história, tem perseguido o crescimento e o aprimoramento. Segundo Zagonel (1996), desde Florence, em 1859, até os cientistas enfermeiros contemporâneos, o desvelamento e as influências dos paradigmas de Enfermagem, têm contribuído para a construção da ciência de Enfermagem, com definições de princípios teóricos e metodológicos, formas de implementação e instrumentalização, através do conjunto de crenças, valores e leis de cada teórico.

Entende-se que a Enfermagem só vem conseguindo consolidar-se como ciência e arte porque tem produzido uma linguagem específica que atribui significado aos elementos constitutivos do seu ser, saber e fazer. Assim, a linguagem produzida por determinado campo do saber possibilita a compreensão acerca das representações do pensamento e do mundo, seja como veículo de comunicação ou como instrumento de ação/interação (GARCIA; NOBREGA, 2004), (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

Abordando a ciência e o campo de atuação da saúde da criança, é importante frisar que uma postura crítica-reflexiva deve ser adotada na busca da racionalização, da aquisição e da incorporação de novos conhecimentos e tecnologias de cuidado, em virtude da especificidade da clientela. Como já mencionado anteriormente neste trabalho, a prática de enfermagem diferenciada à criança requer o envolvimento de ações de cuidado direto e indireto.

As ações diretas estão relacionadas ao operacional do cuidado – condições voltadas à prescrição e ao desenvolvimento do cuidado em si, a “ciência”. As ações indiretas estão relacionadas ao perfil do cuidador, e organizam a assistência. O cuidado de enfermagem, para dar conta da complexidade e dinamicidade das questões que envolvem o estar saudável e o estar doente de indivíduos e/ou grupos populacionais, precisa abranger, além dos aspectos técnico-científicos, os preceitos éticos, estéticos, filosóficos, humanísticos e culturais (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

É importante salientar que para a ciência e o cuidado estabeleçam uma linha tênue e contínua, se faz necessário também uma avaliação sob o ponto de vista ético, da qualidade da assistência, dos benefícios, das limitações, dos riscos e da adequação às

necessidades desta população (BARRA; NASCIMENTO; MARTINS; ALBUQUERQUE; ERDMANN, 2006).

O segundo termo evocado nesta periferia foi a palavra “liderança”, que é tida como uma das principais competências a ser desenvolvida pelo profissional da enfermagem, pois no trabalho em equipe os enfermeiros deverão estar aptos a assumir posições de liderança. Nesse contexto, o líder é envolvido pelo compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para a tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz, qualificando o serviço e atendendo as expectativas da organização (PERES; TREND, 2006), (STRAPASSON; MEDEIROS, 2009).

No novo estilo de organização das instituições de saúde, a liderança vem sendo exigida não como um modelo hierarquizado e tradicional, mas abrindo espaço para um trabalho mais flexível, em equipe, com unidades semiautônomas, construídas a partir de uma relação de poder e confiança mútua (GAIDZINSKI, PERES, FERNANDES, 2004), (STRAPASSON; MEDEIROS, 2009).

O conhecimento é, sem dúvida, um dos valores de grande importância para o estimular novos líderes, uma vez que confere aos profissionais segurança na tomada de decisões relacionadas ao paciente, à sua equipe e às atividades administrativas da unidade (DOMIGUES; CHAVES, 2005).

No que diz respeito ao atendimento à crianças hospitalizadas, acredito que quando o enfermeiro organiza sua assistência de forma a inspirar e motivar seus liderados a ir além de seus próprios interesses para o bem do cliente, estratégias específicas de abordagem à criança conseguem sair dos protocolos e serem implementadas na rotina das clínicas, como por exemplo o brinquedo terapêutico, e o cuidado centrado na família.

Assim, a iniciativa para assumir novas condutas e atitudes inovadoras é ponto favorável para a implementação da SAE nos espaços de saúde, pois sendo a SAE conhecimento da área da enfermagem, também oferecerá suporte ao conhecimento dos líderes desencadeando a certeza de estarem agindo da maneira mais correta e adequada (DOMIGUES; CHAVES, 2005).

A zona de contraste (quadrante inferior esquerdo) corresponde a palavras que possuem ordem média de evocações e distribuição com valores baixos, porém também estão relacionadas ao núcleo central que estrutura a RS. O termo indutor gerou as palavras

“administração”, “autonomia”, “comprometimento” e “resultados”, todas traduzindo um potencial positivo frente a atuação do enfermeiro na SAE.

O conjunto de palavras levantadas pelo grupo social fortalecem a forma sistemática e ordenada de delimitar problemas, fazer e executar planos para resolvê-los, e a elaboração de meios para sua avaliação, que traduzem a profissão do enfermeiro, ou seja o PE. O PE é a uma sistemática organizada de cuidar do paciente, é um método a ser seguido a fim de alcançar os objetivos desejados em relação à assistência de enfermagem, o qual baseia-se num modelo assistencial e deve levar em conta a especialidade à que está sendo dirigido (HERMIDA, 2004).

Segundo Moreira e colaboradores (2012) o PE é percebido pelos enfermeiros como instrumento de suma importância para subsidiar o trabalho da enfermagem e proporcionar melhor assistência aos neonatos, pois contribui para a evolução dos prognósticos, favorecendo o retorno dos pacientes ao contexto familiar o mais precocemente possível (MOREIRA; et.al.,2012).

Aproximando-o do contexto da saúde da criança, o processo de enfermagem pode ser o caminho para o alcance da especificidade necessária para o cuidado diferenciado a esta fase da vida. Pois além de possibilitar o envolvimento da família no processo de cuidado, também é capaz de organizar o uso do brinquedo terapêutico, atividades na brinquedoteca, práticas no banco de leite, manutenção de atividades escolares. Que são medidas capazes de aliviar o sofrimento físico e psíquico ocasionados pela doença.

Neste contexto, a enfermagem pediátrica, por lidar com questões físicas e existenciais dos seres humanos que cotidianamente cuida, tem no PE uma importante contribuição para a organização do seu trabalho, pois possibilita compreender através da ciência e da rigurosidade do método a realidade do dia-a-dia, no qual estamos imersos que é permeada de subjetividade e objetividade.

4.3 CONHECENDO O CONTEÚDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

[...] Todas as interações humanas, surjam entre duas pessoas ou dois grupos pressupõem representações, na realidade é isso que as caracterizam [...]

(Serge Moscovici)

A análise do discurso obtida com auxílio do *software ALCESTE*, nos permite desvendar as dimensões das representações sociais sobre a SAE. Esta RS é descrita pela frequência de palavras contidas nos discursos destes participantes que demonstram relação com o objeto durante todo o percurso do texto.

Conforme Reinert (1999) o *ALCESTE* examina, no texto as ressonâncias de sentido que se estabelecem devido as coocorrências de alguns termos, os quais aparecem reunidos em certas regiões do discurso, em certos momentos. O programa define número, critério de separação de classes, definindo as classes estáveis que contém o texto a partir do processamento do corpus.

Na operação de leitura do corpus desta pesquisa, o Programa *Alceste* reconheceu a separação destes em 45 unidades de contexto inicial (UCI), as quais correspondem ao quantitativo de entrevistas e de sujeitos. Em seguida na operação de cálculo do dicionário, foram encontradas 20.597 palavras sendo 2.659 palavras diferentes, com frequência média de palavras diferentes igual a 8. Nesta mesma etapa o programa permitiu a identificação de 886 palavras com frequência igual a um, indicando alto valor de heterogeneidade do vocabulário.

Na etapa de operação de seleção das unidades de contexto elementar (UCE), após a redução das palavras às duas raízes, obtiveram-se 480 palavras analisáveis, com frequência igual a 4, e variabilidade de 97,63%. Essas 480 palavras foram designadas numa mesma classe em duas classificações descendentes e dois sub-corpus que utilizaram UCE com tamanhos diferentes. O primeiro sub-corpus gerou 108 UCEs e é formado pela classe 1, e o segundo sub-corpus gerou 172 UCEs e é formado pelas classes 2, 3, 4 e 5. A tabela 2 ilustra a descrição das classes.

Tabela 2 - Distribuição das classes, UCE, palavras consideradas e percentual das classes 1, 2, 3, 4 e 5 geradas pelo Alceste. Cáceres – 2015

Classes	UCE	Palavras Consideradas	%
1	108	98	39
2	29	42	10
3	59	82	21
4	34	47	12
5	50	55	18

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Analisando a tabela 2, constata-se que o maior predomínio textual se encontra na classe 1, com 39% das UCEs classificadas, seguida pela classe 3, com 21%. O menor predomínio encontra-se na classe 2, com 10% e nas classes 4 e 5 respectivamente 12 e 18 por cento.

Ainda descrevendo as classes de UCE, o Programa gerou um dendograma resultado da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), ilustrando a relação interclasses do corpus. É necessário destacar que as relações entre os eixos são fracas, demonstrando que as cinco classes são independentes, ou seja, os discursos dos sujeitos quanto a SAE são distintos.

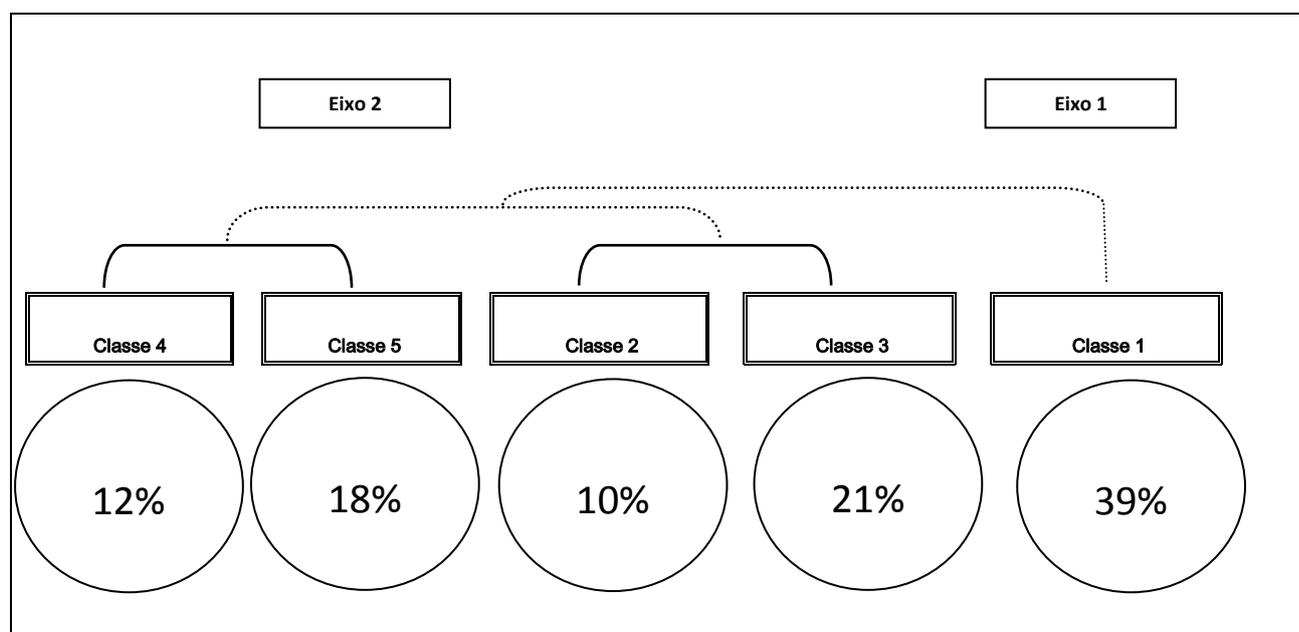
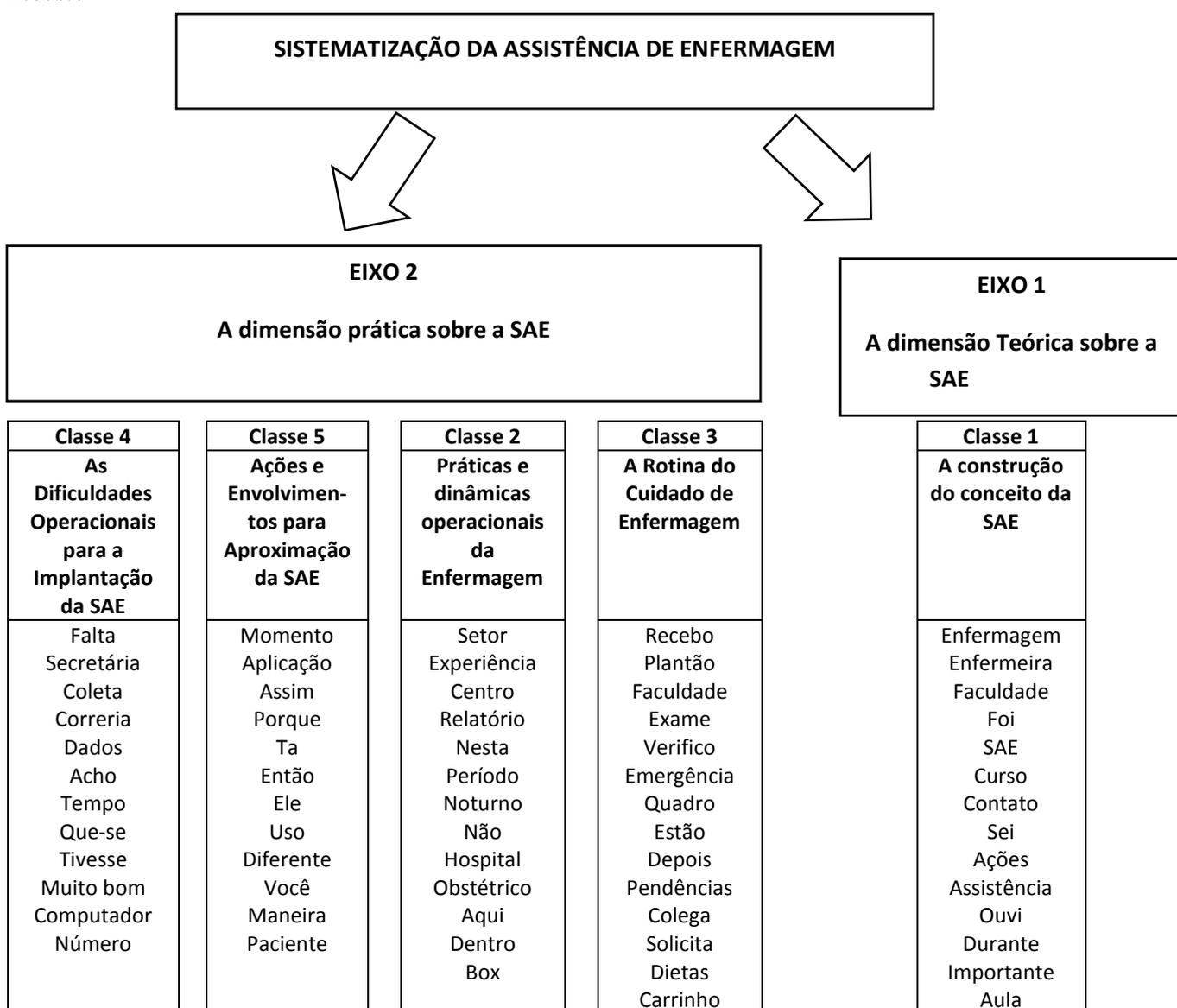


Figura 5. Dendograma do *corpus* das Representações Sociais da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organizado em cinco classes e dois eixos.

Nesse nível de análise, o agrupamento de palavras de maior qui quadrado, ou seja, de maior relevância, permitiu a conformação da análise qualitativa em classes nas quais buscou-se identificar aspectos significativos das Representações Sociais da SAE. Foi considerado como critério reter as palavras com mínimo de associação à classe igual ou superior a 19 de acordo com a lista de índices e seu valor em X^2 qui-quadrado

A figura 6 representa o dendograma com os títulos dos eixos e das classes, juntamente com as palavras destacadas, que corresponde ao poder de associação das palavras que foram mais expressivas para compor as classes.

Figura 6: Dendograma com os eixos, classes, e palavras destacadas segundo *software Alceste*



Da análise de conteúdo, emergiram dois eixos temáticos, o primeiro faz referência a dimensão do conhecimento acerca da SAE e foi composto pela classe 1. O segundo eixo, denominado A Dimensão Prática sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, assinala as aproximações e distanciamentos da Sistematização da Assistência de Enfermagem na prática cotidiana. Esse eixo foi composto pelas classes 4 (Desvelando as dificuldades operacionais para a implantação da SAE), 5 (Ações e envolvimento para aproximação da SAE), 2 (Práticas e dinâmicas operacionais da enfermagem) e 3 (A rotina prática do cuidado de Enfermagem), conforme demonstrado na figura 5.

Estes dois eixos contemplam os objetivos: - Apontar de que modo, local e momento do percurso profissional essas representações foram forjadas; - Identificar o grau de conhecimento dos enfermeiros acerca da SAE; - Identificar quais os aspectos facilitadores e dificultadores para a utilização da SAE nos diferentes espaços de cuidado a criança; e Relacionar as RS apreendidas ao conhecimento e o cuidado prestado nas clínicas de atenção à criança, deste estudo.

4.4 AS DIMENSÕES DO CONHECIMENTO E PRÁTICA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA HOSPITALIZADA.

4.4.1 Eixo 1: A dimensão teórica sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem

Classe 1- A Construção do Conceito da SAE

A classe 1 foi composta pelas seguintes palavras: enfermagem, faculdade, curso, ações, SAE, assistência e importante. As palavras “enfermagem”, “faculdade” e “curso” agrupadas pelo Alceste para esta classe, expressam conceitos que provavelmente assinalam o local e o momento em que ocorreu a primeira relação com a significação da sistematização da assistência, oferecendo sustentação para a compreensão deste fenômeno.

Pode-se inferir que o desenvolvimento das habilidades necessárias para atuar no cuidado de enfermagem iniciou durante o período da graduação, sendo aprimoradas ao longo dos anos de exercício da profissão, capacitando o enfermeiro a exercer um papel

ativo e crítico, contribuindo de forma efetiva na tomada de decisões, nas questões sociais e institucionais (ALVES; COGO, 2014).

O conteúdo das falas indica e vincula o curso de graduação em enfermagem como elemento importante e norteador desta construção, como sugerem os extratos:

Mas nunca tinha ouvido falar de SAE fora da faculdade. Foi no curso de enfermagem, nas aulas, tivemos também alguns eventos da faculdade durante o tempo que estava estudando tipo minicurso ou até mesmo palestras que falavam sobre a SAE. (E34)

O meu primeiro contato com a SAE foi no curso de enfermagem, na faculdade, foi a primeira vez que eu ouvi falar. Foi nas aulas de Evolução da Enfermagem, começava falando da história da enfermagem desde Florence, e no final do semestre chegava no conteúdo da SAE. (E9)

Desde as matérias específicas de prática é falado e cobrado a SAE dos alunos. Sou de uma família com muitos enfermeiros, minha mãe é enfermeira, mas nunca antes da faculdade havia ouvido falar na SAE. (E26)

Na formação moderna da enfermagem, conhecimentos relacionado as concepções teóricas e filosóficas da profissão, e estudos sobre a SAE são abordados durante o período de graduação.

O processo de formação do profissional enfermeiro está fortemente embasado na visão transformadora, com base em teorias críticas que buscam sua capacitação profissional, para o exercício das competências gerais e específicas, além de habilidades pautadas no ponto de vista do aluno como sujeito de seu processo de formação (MEIRA; KURCGANT, 2016); (SOUZA; MARISCAL, 2016).

No período de formação profissional os estudantes de enfermagem vivenciam as primeiras práticas curriculares, entrando em contato com a realidade da saúde brasileira. Durante essas práticas eles devem utilizar o conhecimento técnico-científico abordado anteriormente de forma teórica no curso, exercer atividades técnicas inerentes à profissão e estabelecer relações interpessoais com os colegas e os professores, o paciente e seus familiares e os profissionais de saúde interagindo e atuando de forma crítica-reflexiva (ALVES; COGO, 2014).

Este momento deve ser compreendido como um processo transformador, capaz de modificar o cotidiano dos serviços de saúde. Assim, o aluno deve ser visto como um sujeito protagonista do seu processo de ensino-aprendizagem, como alguém que executa

algo além de tarefas, como alguém que gerencia e cuida, para que a partir dessas vivências no cotidiano encontre elementos motivadores no processo de ensino aprendizagem, capazes de intervir na realidade, buscando novas soluções e incitando novas formas de cuidado (FREITAS; FERREIRA, 2016).

Nesse cenário, o espaço sala de aula desempenha papel de grande importância para a integração social e a consolidação das experiências relacionadas à compreensão do cuidado sistematizado e sua relação com o saber/fazer/ser do enfermeiro. Neste ambiente, acontece a construção destas manifestações, a significação e a ressignificação destes conceitos, segundo a valorização dos sujeitos envolvidos (JODELET, 2005).

Portanto experiências de aprendizagem significativas e estratégias de capacitação podem contribuir para mudanças nas representações. Nessa lógica, entendendo a representação como produção social, concretizada na ação, a interação professor-aluno pode influenciar ambos, especialmente os acadêmicos, a ressignificarem e implementarem a SAE à saúde da criança.

As palavras “ações”, “assistência” e “importante” também elencadas entre as mais expressivas pelo Programa Alceste para esta classe, parecem expressar ligação com a construção do conceito da SAE, já que suas significações estão associadas ao conceito básico do método, ou seja, um conjunto de ações reflexivas de grande importância para os atos de enfermagem (COFEN, 2009).

Sistematizar a assistência é viabilizar a organização do cuidado de enfermagem, constituindo uma abordagem ética e humanizada, dirigida à resolução de problemas, atendendo às necessidades de cuidados de saúde e de enfermagem de uma pessoa (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009).

É possível inferir que os sujeitos compreendem a importância da SAE para a enfermagem enquanto profissão e ciência, identificam seus potenciais enquanto método de planejamento da assistência, e ratificam ser esta atividade privativa do enfermeiro.

A SAE é o trabalho do enfermeiro, é o caminho para organizar a assistência e prestar um cuidado individualizado e humanizado. É através dela que conseguimos avaliar o atendimento que prestamos e gerar ações baseadas na evidência do achado. (E15)

É o meio que o enfermeiro utiliza para buscar informações com o seu cliente. Assim ele consegue conhecer realmente o cliente,

biologicamente e psicologicamente para poder traçar o cuidado necessário. (E21)

Sei que o enfermeiro deve fazer para todos os clientes, ela deve acontecer em todos os dias de internação ou contato com o cliente. É um norte para as nossas ações. (E14)

O estudo sobre a SAE no Brasil mereceu destaque somente no final de 1980, quando o Decreto nº 94406/87, que regulamenta a Lei 7.498/86 do Exercício Profissional de Enfermagem no país, reforçado pela Resolução 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), dispôs sobre a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), e a instituiu como atividade privativa do enfermeiro.

O discurso dos entrevistados vislumbra o desenvolvimento da SAE à organização do trabalho da enfermagem associando o desenvolvimento do processo a práticas individualizadas e exitosas. Estas representações se aproximam dos resultados de outra pesquisa em que os enfermeiros envolvidos indicam que aplicar um método de prestação de cuidados favorece a obtenção de resultados satisfatórios além de reduzir as complicações durante o tratamento (CUNHA; BARROS, 2005).

O uso do método requer o pensamento crítico do profissional, que deve estar focado nos objetivos e voltado para os resultados, de forma a atender as necessidades do paciente e de sua família; exigindo constante atualização, habilidades e experiência, sendo orientado pela ética e padrões de conduta (SILVA; OLIVEIRA; NEVES; GUIMARÃES, 2011).

Portanto, é um modo de exercer a profissão com autonomia baseada nos conhecimentos técnico-científicos no qual a categoria vem trabalhando e se desenvolvendo nas últimas décadas.

Observa-se também que para os sujeitos o conceito de cuidado apresenta-se associado aos procedimentos e intervenções de enfermagem desenvolvidas cotidianamente, demonstram também compreender que a aplicação da SAE é importante para direcionar este fazer.

No conteúdo das falas, também foi possível apreender que o conhecimento relacionado à operacionalização do método é vigorante. Os entrevistados conhecem as fases do processo de enfermagem e compreendem como os diagnósticos são elaborados.

É baseado na Teoria de Wanda Horta, sendo formado por fases ligadas que te direcionam para uma assistência correta (E2).

Ela é composta de fases que são interligadas e geram potencial para lidar com condições de doença e riscos (E22).

A SAE é um método constituído de fases: Coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, prescrição e avaliação. É desenvolvida pelo enfermeiro para todo cliente que ele tem contato (E18).

É com base nos dados coletados que a avaliação do paciente é feita, então observamos se existe algum diagnóstico utilizando o NANDA, aí estabelecemos metas de pequeno, médio e longo prazo, para depois prescrevemos cuidado (E25)

Os diagnósticos que construímos dão credibilidade para o meu trabalho, pois mostra que a ação que eu estou desenvolvendo é baseada em achados científicos (E36)

Para Alfaro-Levefre (2000), o método através do qual a estrutura teórica da enfermagem é aplicada à prática é apresentado em cinco fases: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. De acordo com o referencial teórico utilizado pela instituição a implementação da SAE através do PE pode ser desenvolvida variando de quatro até seis fases interligadas.

É necessário que toda a equipe de enfermagem, envolvida no processo de implementação dessa metodologia, saiba quais passos deve seguir e, principalmente, como cada um destes deve ser implementado em sua prática diária (AMANTE; ROSSETO; SCHNEIDER, 2009).

O PE nos dois hospitais dessa pesquisa, está ancorado no referencial teórico das Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta (1979), e desenvolvem o processo de enfermagem em 5 fases: Histórico, Diagnóstico, Planejamento de Metas, Prescrição e Prognóstico, com auxílio de um *software*.

Este *software* possibilita a normatização de todo o processo de transcrição das informações de enfermagem em prontuário eletrônico, visa possibilitar a construção de um banco de informações rotineiras pelo enfermeiro que está habilitado através de senha disponibilizada pela gerencia de enfermagem. Este software esta estruturado de forma que obriga o lançamento das informações relacionadas ao atendimento de enfermagem impossibilitando a mudança de fase ou a finalização do processo sem que a etapa anterior esteja preenchida.

Acrescento que na execução deste programa, pelo menos algumas informações precisam ser escritas pelo enfermeiro habilitado para que abra-se a próxima página para

preenchimento. Desta forma, o enfermeiro não tem acesso a página de diagnóstico sem antes preencher a página de histórico, e assim sucessivamente.

Pode-se deduzir que em virtude deste recurso de operacionalização do método os discursos dos enfermeiros revelem unanimidade ao associá-lo a prática sistemática com fases interligadas e obrigatórias. Esse resultado, assemelha-se aos estudos de Nascimento et al. (2008); Lopes e Jorge (2008) e Ledesma-Delgado e Mendes (2009) que igualmente reconheceram que as ações do PE estão centralizadas nas regras estabelecidas pelas instituições, seguindo normas e rotinas preconizadas por estes estabelecimentos em detrimento do cuidado centrado na especificidade do cliente.

Divergente deste achado, tese desenvolvida por Neves (2010) indicou que no processo de desenvolvimento do PE a etapa de diagnóstico geralmente é desvalorizada. Assim, o enfermeiro executa o Histórico, a Evolução e a Prescrição, desconsiderando os Diagnósticos de Enfermagem dos clientes baseando-se nos diagnósticos médicos para completar as etapas anteriormente realizadas.

Na concepção do grupo, as representações sociais associadas ao Diagnóstico de Enfermagem são relativas aos benefícios que esta fase traz a profissão, estabelecendo um caminho para a autonomia e uma ligação com a ciência do cuidado. Neves (2010), acrescenta que é importante que o enfermeiro compreenda as formas de identificação de problemas baseados em modelos práticos que possam ser aplicados a realidade e que configurem resultados positivos na assistência de Enfermagem.

Nos discursos os enfermeiros participantes também identificam a SAE como forma de comunicação entre as equipes de saúde, e a associam à qualidade do cuidado e à redução de riscos. Este resultado segue em consonância com os elementos constitutivos do sistema periférico da RS, “Sistematização da Assistência de Enfermagem”, as falas do grupo se ancoram na visão politicamente correta dos aspectos que envolve a SAE e as práticas de cuidado de enfermagem, se aproximando dos debates teóricos do assunto.

É uma forma de comunicação. É como a enfermagem registra suas ações no prontuário, uma forma de dizer estivemos neste plantão! (E9)

É o meio que o enfermeiro utiliza para buscar informações do cliente e depois registrar no prontuário. Desta forma toda equipe tem conhecimento da condição de saúde do cliente (E4).

A SAE é muito importante para o dia a dia da enfermagem, é uma forma de oferecer uma assistência de qualidade longe de riscos e valorizando o cliente. (E26)

Através deste processo a enfermagem consegue traçar ações que precisam ser desenvolvidas para levar o cliente a homeostasia (E8).

A SAE é um instrumento utilizado pela enfermagem para planejar o cuidado. Através deste processo a enfermagem consegue traçar ações que precisam ser desenvolvidas para levar o cliente ao bem-estar físico, psicológico e espiritual. (E22)

A SAE foi compreendida pelos enfermeiros participantes, como importante requisito para a documentação e registro da assistência desenvolvida. Esse registro foi considerado essencial para o desenvolvimento do plano de cuidados agregando significados que conduzem as práticas do enfermeiro. Para Matsuda e colaboradores as informações a respeito dos clientes devem ser claras, objetivas, frequentes e completas de modo que possibilite o monitoramento, a avaliação e o (re) planejamento global e contínuo dos cuidados (MATSUDA; SILVA; ÉVORA; COIMBRA, 2006).

O que foi coletado e identificado sobre o cuidado necessita ser registrado. A ausência de registros e anotações relativas ao cuidado prestado colabora para a deficiência na continuidade da assistência.

Nessa perspectiva as falas dos enfermeiros fortalecem a visão de burocratização da assistência prestada, sobre esta abordagem Neves (2010), esclarece que a valorização dos registros tem por base alguns significados, pois asseguram o controle e a burocratização do cuidado reforçando o modelo biomédico de assistência ao cliente centrado nas práticas de cuidado com o corpo e não com o indivíduo.

Outro aspecto que emergiu nesta classe, sugere que a SAE significa o meio que favorece a qualidade da assistência de enfermagem, sendo um instrumento de grande importância para a prática profissional do enfermeiro, representando a ferramenta que dará suporte para a aproximação de uma prestação de cuidados, respeitando as especificidades do cliente.

O enfermeiro ao planejar a assistência, garante sua responsabilidade junto ao cliente assistido, uma vez que o planejamento permite diagnosticar as necessidades deste, garante a prescrição adequada dos cuidados, orienta a supervisão do desempenho do pessoal, a avaliação dos resultados e da qualidade da assistência porque norteia as ações (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

Percebe-se na fala dos enfermeiros que a finalidade de implantação da SAE nas instituições investigadas foi organizar o cuidado a partir da adoção de um método

sistemático, proporcionando ao enfermeiro a (re)definição do seu espaço de atuação. A aplicação do processo de enfermagem proporciona ao enfermeiro a possibilidade da prestação de cuidados individualizados, centrada nas necessidades humanas básicas, e, além de ser aplicado à assistência, pode nortear tomadas de decisão em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro enquanto gerenciador da equipe de enfermagem (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

Deste modo, pode-se inferir que as RS acerca da SAE evidenciadas nesse eixo, indicam que a construção do saber e a aplicabilidade da SAE foram forjados inicialmente durante a graduação de enfermagem. Entre os entrevistados parecer haver consenso acerca da importância do processo de enfermagem para a qualificação do cuidado a ser prestado.

4.4..2. Eixo 2: A Dimensão Prática sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem

O segundo eixo, denominado A Dimensão Prática sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, é responsável por descrever as aproximações e os distanciamentos da SAE no cuidado cotidiano à criança hospitalizada. Esse eixo foi composto pelas classes 2 (Práticas e dinâmicas operacionais da enfermagem), 3 (A rotina prática do cuidado de Enfermagem), 4 (Desvelando as dificuldades operacionais para a implantação da SAE), e 5 (Ações e envolvimento para aproximação da SAE).

Classe 2: Práticas e dinâmicas operacionais da enfermagem

A classe 2, nomeada Práticas e dinâmicas operacionais da enfermagem foi composta pelas seguintes palavras: “setor”, “experiência”, “centro”, “relatório”, “planta”, “exame” e “quadro”, estas palavras correspondem às atividades práticas de enfermagem, ou seja, as palavras fazem menção aos processos vinculados à rotina assistencial dos setores, como ocorre à condução do trabalho dos enfermeiros, e como as práticas são planejadas.

A organização do processo de trabalho constitui um dos meios que o enfermeiro utiliza para alcançar o seu objetivo final, a prática de um cuidado seguro e de qualidade (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012). A Lei N° 7.498/86, que regulamenta o exercício dos profissionais de enfermagem, explicita em seu art. 11 que a organização, o

planejamento, a coordenação, a execução e a avaliação dos serviços da assistência de enfermagem, são responsabilidades privativas do enfermeiro.

A SAE é um meio para organizar a assistência, ela incorpora instrumentos que devem ser utilizados no trabalho gerencial fortalecendo o planejamento, a tomada de decisões, comunicação, liderança, a administração a educação permanente, etc.

Ressalta-se que a gestão do cuidado envolve a dialógica entre o saber-fazer, gerenciar e o cuidar. A articulação dessas duas dimensões deve permitir ao enfermeiro organizar a rotina de acordo com as necessidades de saúde do indivíduo e, por meio de ações gerenciais, promover a melhoria da assistência prestada (VITURI; ÉVORA, 2015).

Os fragmentos dos discursos dos enfermeiros se afastam desta proposta dialógica, evidenciando que o cuidado desenvolvido nas clínicas é uma prática desarticulada de um referencial metodológico, não acontecendo ou acontecendo de forma seletiva para alguns pacientes.

Não utilizamos a SAE na sala de parto, não tenho uma rotina relacionada à SAE. Geralmente faço meu relatório para cada cliente que tem alta, tento ser bem descritiva nas ações que aconteceram aqui, relato todas as intercorrências, mas não temos neste setor o processo de enfermagem. (E21)

Neste setor, só acontece a SAE se o paciente também fizer parte da comissão de curativo, se não fizer parte, fazemos um pequeno relatório no formato SOAP e só (E8).

Não, não tenho a SAE aqui. Já passei por vários setores deste hospital. Faço geralmente a SAE dos pacientes mais críticos (E11).

Aqui na sala de Parto o bicho pega de verdade. Acho que utilizei a SAE mesmo durante a faculdade. Não consigo visualizar a diferença do meu trabalho com ou sem a SAE. (E6)

Os conteúdos apreendidos nas falas dos participantes denotam ênfase na intensidade das atividades desenvolvidas por plantão, levando a compreender que a alta demanda de ações e o tempo são as causas do não desenvolvimento ou do desenvolvimento parcial do cuidado sistematizado. Observa-se que o cuidado é desenvolvido cotidianamente, porém sem planejamento, retratando a ideia de que os sujeitos valorizam mais as práticas e decisões relacionadas à gestão imediata das

demandas do setor sem o uso da SAE, provavelmente por entenderem que o uso dela atrasaria o processo de trabalho.

Outros estudos também levantaram como dificuldades enfrentadas por enfermeiros a implantação da SAE: o número reduzido de profissionais de enfermagem, a falta de credibilidade dos técnicos de enfermagem frente à SAE, a sobrecarga de trabalho do enfermeiro, o tempo, e a falta de motivação profissional (GONÇALVES, et al, 2007), (MEDEIROS; SANTO; CABRAL, 2013), (NEVES, 2010).

Alguns autores classificam em dois níveis os desafios para a trajetória de construção da SAE nos espaços de saúde: o primeiro é institucional e trata da organização e articulação dos serviços de saúde, o número de enfermeiros, a valorização por parte da administração da instituição, bem como, os indicadores de resultado da assistência. No segundo nível, encontram-se aqueles relacionados ao profissional e dizem respeito à base científica e conhecimentos requeridos, habilidades e atitudes pautadas no compromisso ético, na responsabilidade e no assumir o cuidar do ser humano (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009), (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

A não utilização da SAE pelos profissionais deve-se ao distanciamento entre o pensar e o fazer, entre teoria e prática, principalmente por não haver uma preocupação maior com a qualidade da assistência e sim com a demanda do serviço (KLETEMBERG; MANTOVANI; LACERDA, 2004)

Considerando a sobrecarga de atividades e o escasso tempo, os enfermeiros investigados acabam por selecionar quais são as crianças internadas merecedoras de uma abordagem integral e individualizada. É importante ressaltar que a qualidade da atenção à saúde articula-se à questão da responsabilidade social dos profissionais de saúde e dos serviços para com os seus clientes, e está sob a influência direta de variáveis carregadas de subjetividade, daí urge a necessidade de decisões fortalecidas na rigorosidade da ciência. Como fazer a escolha correta? Como prever o desfecho de um quadro clínico sem a devida avaliação e planejamento?

A implementação de um método científico aprimora todos os aspectos da prática de enfermagem, angariando respeito profissional, assegurando documentação consistente, representando o julgamento preciso e profissional dos enfermeiros clínicos, contribuindo deste modo, para a segurança do paciente por meio da integração de uma terminologia baseada em evidências para a prática clínica e a tomada de decisão (LUNNEY, 2012), (BACKES; KOERICH; NASCIMENTO; ERDMANN, 2013).

O descaso com o emprego sistemático do diagnóstico, das ações, intervenções e resultados de enfermagem pode resultar, em ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional, além de poder acarretar ausência ou dificuldade de avaliação de sua prática e importância como profissão (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

As práticas desenvolvidas pelos enfermeiros estudados estão em discordância com uma grande corrente de pensadores da enfermagem, que veem trabalhando com o intuito de normatizar e universalizar a linguagem dos sistemas de classificação da prática do cuidado evidenciando seus elementos, através do processo de enfermagem, por considerar esta ação importante à profissão (NÓBREGA; GARCIA, 2005).

Florêncio (2009), afirma que somente haverá a implantação da SAE nas instituições se os enfermeiros se conscientizarem da importância destes cuidados e tiverem a iniciativa e as condições necessárias para que esta seja implantada em seu local de trabalho.

É preciso dedicação e tempo para sua aplicação, aperfeiçoamento, soluções de problemas, tomada de decisões para que a enfermagem consiga atingir suas metas e promover um cuidado com este cliente (LEFEVRE, 2000).

O que causa certo estranhamento é verificar, no discurso do grupo social, a referência à não diferenciação nos resultados do cuidado de enfermagem prestado de forma sistematizada e não sistematizada.

Estudo sobre a análise do processo de implantação da SAE identificou que o processo de enfermagem, quando não é operacionalizado, resulta em um plano de cuidados generalizado. Dessa maneira, não importam as individualidades e necessidades de cada caso, tornando-se apenas uma atividade burocrática, centrada nas práticas de cuidado com o corpo e não no indivíduo (NEVES, 2010).

Embora a Resolução COREN 272/2002 tenha estipulado a obrigatoriedade da SAE em todas as instituições de saúde, percebe-se que isto não é a realidade do grupo social estudado, a aplicabilidade da SAE ainda representa um grande desafio, pois, existe conhecimento do assunto por parte do enfermeiro faltando a iniciativa em introduzir o método na prática cotidiana.

As RS desta classe desqualificam a SAE como meio de organização do cuidado e são discordantes das representações encontradas no eixo 1 desta pesquisa. Da mesma forma, também se afastam da estrutura periférica anteriormente representada pelo grupo sobre a SAE através das palavras: “planejamento”, “qualidade”, “comprometimento”,

“responsabilidade”. A aproximação do cuidado sistematizado à qualidade da assistência visível nas falas do eixo que aborda a dimensão teórica da SAE é discrepante das ações desenvolvidas na classe dois do eixo 2, onde é trabalhado a dimensão prática do cuidado, fortalecendo dissonância entre a teoria e a prática para este grupo.

É possível que a cultura interna do serviço direcione as práticas e atividades diárias, considerando o fluxo dos atendimentos prioritários tendo por base a rotina de trabalho. Desta forma os processos necessários para atingir as demandas do tratamento médico e dos requisitos administrativos ligados a gestão da unidade e do hospital acontecem, dando a sensação ao profissional de enfermagem de dever cumprido, porém muito distante de uma proposta autônoma fortalecida em conhecimento.

Classe 3: A rotina do cuidado de enfermagem

Nesta classe são descritas as práticas e rotinas assistenciais dos campos de estudo, ou seja, a maneira como o cuidado é prestado à clientela. As palavras que ganharam destaque nas falas dos sujeitos foram: “recebo”, “plantão”, “exame”, “emergências” e “pendências - palavras estas que associadas aos estratos das falas aproximam o cuidado prestado a um forte potencial mecanicista pouco individualizado para as necessidades da criança.

No que tange às práticas e à rotina dos setores de atendimento à criança, foi possível apreender que há uma grande preocupação dos enfermeiros em atenderem as demandas da unidade de internação e as solicitações médicas. Esse fato pode estar atrelado a cultura existente de que os cuidados de enfermagem representam ações que visam auxiliar as prescrições médicas.

Com a equipe de médicos e residentes recebo o plantão, quando tem acadêmico de enfermagem ele também participa. Faço primeiro as coisas que tem prazo ou que são de urgência, depois passo para as atividades privativas: faço curativo, passo sondas, pics, depois evoluo as crianças e faço as admissões (E5).

Recebo o plantão, confiro o senso dos pacientes, tento organizar o espaço, solicito os exames necessários, faço os direcionamentos, faço os procedimentos tipo sondas, curativos, eletros e depois vou atendendo os pacientes sem parar (E40).

Recebo o plantão da colega, e vou logo tentando organizar os prontuários segundo a rotina dos médicos da unidade, cada um chega em um horário, então vou organizando as pré-consultas de forma a atender a todos (E34).

Nightingale a percussora da enfermagem moderna preconizava que as enfermeiras deveriam estar submetidas a uma forte organização disciplinar, cuja finalidade exclusiva era capacitá-las para a execução inteligente das tarefas ordenadas pelos médicos, constituindo, assim, toda a prática de enfermagem. A boa enfermeira deveria trazer em seu exercício diário a aproximação de adjetivos como: disciplina, obediência e a subserviência, tanto nas ações assistenciais como nas relações enfermagem/medicina (LUNARDI, 2004), (ANDRADE, 2007).

Para considerar a afirmativa anterior, é preciso entender que para os padrões sociais da época e para a aplicação do modelo biomédico nos hospitais, o conhecimento médico era o único válido por ser considerado científico, desvalorizando o cuidado de enfermagem que era destinado à manutenção e promoção da vida, percebidos como secundários, menores, sem importância significativa, valor econômico ou científico (PADILHA et al.,1997), (ANDRADE, 2007). A assistência de enfermagem se resumia em dar o remédio na hora certa, cuidar do asseio, dar alimentação, fazer companhia, auxiliar o paciente na ocasião das necessidades e cuidar dos mortos (PADILHA et al.,1997).

Alguns profissionais permanecem com suas visões arraigadas num modelo tecnicista de assistência, no qual os procedimentos técnicos imperam sobre os aspectos cognitivos de atenção. Assim o conceito de cuidado para alguns profissionais ainda persiste baseado no modelo biomédico, em que cuidar é reconhecido apenas com o fazer objetivo. O que não é cuidado direto, não é considerado por alguns como cuidado, mesmo que supra a necessidade apresentada pelo familiar naquele momento. (SOUSA; GOMES; SILVA; SANTOS; SILVA, 2011).

Tal lógica tecnoburocrática, centrada no modelo biomédico vigente, engessa o cuidado intervencionista pautado, predominantemente, em técnicas que isolam o cliente de forma passiva no leito, tratando-o como receptor de protocolos e procedimentos técnicos invasivos e não invasivos.

De acordo com Nunes (1999), os profissionais enfermeiros, em geral, apresentam-se enfeitadas pelo poder que, aparentemente, a tecnologia lhes concede. Deste modo, muitas vezes sua prática se direciona essencialmente para o exercício técnico, distanciando-se, portanto, dos valores morais e políticos imbuídos no cotidiano de trabalho. Nesta direção, Kletemberg, Mantovani e Lacerda (2004), lembram que, agindo

assim, os enfermeiros se afastam da análise crítica de sua realidade e mantêm-se na neutralidade rotineira de execução de procedimentos.

A enfermagem possui um conjunto de ideias e modos de atuar que constituem o conhecimento, o saber em que se baseia sua prestação de serviço à sociedade. Na década de 50 do século XX, as enfermeiras passaram a enfatizar a aplicação de princípios científicos em seus procedimentos, aumentando as reflexões sobre a necessidade de se desenvolver um corpo de conhecimento específico que pudesse conferir identidade e autonomia à profissão. A elaboração dos modelos conceituais e teorias de enfermagem, objetivam descrever e caracterizar os componentes dos fenômenos que lhe são pertinentes, e cuja finalidade é explicar, elucidar e interpretar, ou seja, dizer o significado e o porquê dos fatos e suas relações (GEOVANINI, 2002).

A enfermagem atual acredita ser obrigação de cada profissional de sua equipe contribuir para o crescimento e a renovação dos conhecimentos de sua área. Em seu agir, tem de observar e criticar a eficiência dos métodos e técnicas que utiliza. Um corpo de conhecimentos e procedimentos teoricamente organizados, sistematizados e sempre reformulados se constitui em base segura para a ação eficiente (SOUZA, 1988), (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

A SAE, enquanto processo organizacional, é capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento de métodos/metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado. As metodologias de cuidado, sejam quais forem as suas denominações, representam, atualmente, uma das mais importantes conquistas no campo assistencial da enfermagem (NASCIMENTO; BACKES; KOERICH; ERDMANN, 2008).

Dessa forma, pode-se inferir que o grupo social entrevistado mantém comportamentos em relação ao cuidado das crianças hospitalizadas que reforçam o antigo paradigma de cuidado centrado na doença, na realização de procedimentos, sob as ordens médicas, fortemente biologicista. Não se identificou menção à consulta de enfermagem ou a procedimentos específicos da enfermagem em pediatria, como, por exemplo, o uso do brinquedo terapêutico ou da Escala Analógica de Dor, que conferem autonomia ao cuidado.

Observa-se também grande preocupação na realização de procedimentos técnicos. Existe um envolvimento do enfermeiro em atividades que poderiam ser delegadas a secretária da unidade ou a outro membro da equipe, como, por exemplo, o agendamento de exames. Delegar a outros membros da equipe essas atividades que não são exclusivas

do enfermeiro propiciaria maior tempo para as atividades privativas como, por exemplo, a consulta de enfermagem.

Não se pode negligenciar a importância das técnicas hospitalares, muitas são indispensáveis para a manutenção da vida, para favorecer o restabelecimento do físico. Porém este tipo de intervenção, privilegiando a assistência curativa, torna-se cara para o hospital e não resolve as causas dos problemas de saúde, que na maioria das patologias poderia ser evitado ou controlado com mudanças estruturais nos modos de agir e viver, o qual a vertente subjetiva da enfermagem poderia alcançar através da SAE.

O enfermeiro é fundamental na engrenagem de uma instituição de saúde. No ambiente hospitalar ele é o responsável pelo gerenciamento da maior equipe de profissionais da área de saúde, necessitando desenvolver habilidades que favoreçam a condução equilibrada de um grupo heterogêneo, transmitindo segurança na tomada de decisões (RIBEIRO; SANTOS; MEIRA, 2006).

A liderança é uma das habilidades que inevitavelmente o enfermeiro deverá desenvolver, independentemente de suas características pessoais. Entende-se como liderança um fenômeno grupal onde a influência de um indivíduo sobre os demais é compartilhada entre os membros de um grupo, envolvendo a relação interpessoal, a comunicação e culminando com o trabalho em equipe (SIMÕES; FÁVERO, 2003). Com a liderança o enfermeiro é capaz de fomentar as capacidades e potencialidades de cada membro do grupo, estimulando o trabalho em equipe e desta forma distribuindo as atividades segundo a competência e habilidades dos membros da equipe (CARDOSO; RAMOS; D'INNOCENZO, 2011).

Pode-se deduzir no discurso dos enfermeiros, que as rotinas, as atividades do plantão aparentemente acontecem cumprindo os prazos a serem vencidos e os atendimentos prioritários. Não foi possível apreender, nas falas, a existência de um planejamento assistencial de médio e longo prazo, tanto administrativo quanto assistencial ou a delegação de atividades.

Dessa forma, Ledesma-Delgado e Mendes (2009) acreditam que na estrutura hospitalar, as ações/interações de cuidado do enfermeiro seguem rotinas padronizadas e funções instituídas pelo meio, mostrando-se elementos direcionadores da assistência. As falas dos enfermeiros participantes sugerem priorização das atividades do dia essenciais para tocar o plantão.

O processo de trabalho dos enfermeiros participantes remete, sobretudo, ao cuidado com foco nos procedimentos técnicos. Sua ampliação de modo a abarcar a interação profissional-cliente no contexto histórico-social da relação e da vida do paciente coloca-se como um projeto possível, mas, em grande parte, ainda por ser construído (MEDEIROS, SANTOS; CABRAL, 2013). Esta condição ainda é intensa no cenário da saúde em virtude da manutenção do modelo biomédico de atenção à saúde.

Neste contexto, as contribuições da enfermagem caracterizam-se como sustentações das práticas médicas. Compõem, assim, um trabalho complementar, que reforça a hegemonia médica, favorecendo o reconhecimento social do segundo em detrimento do primeiro (SALVADOR et al., 2015).

No início do plantão eu verifico se toda a unidade esta organizada, faço a divisão dos consultórios de acordo com as especialidades. Faço um check-up verificando se nada está faltando desde lâmpadas até os instrumentos para os exames médicos, divido os funcionários por alas. (E9)

Então eu organizo o espaço deixo a equipe preparada para o trabalho. Faço o acompanhamento da evolução de todas as mulheres do pré-parto, quando esta quase para nascer chamo o plantonista ou o residente (E34).

Chego no meu plantão, observo o quadro de cirurgias, faço a escala dos funcionários para o plantão, resolvo as necessidades de materiais e protocolos, organizo o quadro de cirurgias, a equipe médica aqui é muito exigente. (E13)

Nas falas, emergem equívocos sobre o real significado do cuidar, indicando a necessidade de revisar e transformar a prática e, conseqüentemente, o papel do profissional de enfermagem, no sentido de imprimir nova característica à sua atuação, para garantir o reconhecimento do cuidado de enfermagem.

Quanto à concepção do cuidado, este deve ir muito além da oferta de procedimentos e técnicas de enfermagem à criança. Sua definição ainda é amplamente debatida entre profissionais de saúde, posto que, enquanto alguns o consideram sinônimo de assistência, outros o descrevem como essência da profissão (NEVES, 2010). Entretanto, todas as correntes convergem que para a sua efetivação, é necessário o conhecimento sobre o outro, envolvendo relacionamento interpessoal e baseando-se na

cooperação mútua a partir de valores humanísticos e conhecimento científico (ZEFERINO et al.,2008)

Um cuidado autêntico acontece quando profissionais da enfermagem respondem às necessidades de seus clientes e agem responsabilmente, ajudando a desenvolver, restaurar ou desenvolver o cuidado de si na melhor maneira possível. Ao agir assim, os clientes não são apenas ajudados a lidarem e a enfrentarem a doença e a incapacidade, mas são encorajados e empoderados a continuarem em sua busca pela plenitude humana (WALDOW, 2015).

Faz-se preciso superar o modelo hegemônico vigente e ressignificar o cuidado, a forma de cuidar, construindo conjuntamente o plano terapêutico entre o ser cuidado, os cuidadores, os familiares e os profissionais envolvidos (ZEFERINO et al.,2008)

As práticas assistenciais que emergiram nos estratos estão distantes das encontradas no núcleo central da RS “Atuação do Enfermeiro na SAE” que apontam a cientificidade como um aspecto estruturador do fazer do enfermeiro. Este posicionamento se afasta das discussões travadas nos espaços acadêmicos, sugerindo novamente um abismo entre a dimensão teórica do cuidado e a dimensão prática.

Percebe-se que o saber da enfermagem fica limitado a discussões fechadas nos cursos e programas de formação. O saber teórico dissociado do fazer prático contribui para perpetuação do modelo biomédico e reforça o papel social da enfermagem como ajudante de médico, o que prejudica o reconhecimento social do enfermeiro.

O cuidado de enfermagem aplicado a partir do conhecimento científico e não somente originado da prescrição médica, só é possível mediante a sistematização da assistência de enfermagem como ponto essencial na cientificidade de nossa prática e na evolução da profissão. Esta provavelmente é a única possibilidade do enfermeiro atingir sua autonomia profissional e constitui a essência de sua prática profissional (ANDRADE, 2007).

Dessa forma, as falas confirmam que a ampla visão sobre as práticas de enfermagem, que o enfermeiro possui pelas competências que adquire no envolvimento íntimo com o paciente, enquanto ser de necessidade, seu núcleo social e suas relações com o ambiente, tornam-se limitadas e invisíveis ao processo (NEVES, 2010), (SALVADOR, et al, 2015).

A prática de enfermagem nos setores da pesquisa é composta por grupos de profissionais de diversas especialidades, com distintas atribuições, que convergem para

um objetivo comum, que é o bem-estar do paciente. Foi possível deduzir que os princípios que orientam as práticas assistenciais à criança da equipe de enfermagem são constituídos pelo cumprimento das demandas instituídas pelo corpo médico para determinado paciente.

Outro aspecto observado nas falas foi à insatisfação dos enfermeiros com os desdobramentos da aplicabilidade da SAE nos setores. Os sentimentos de insatisfação ratificam os resultados de estudo em que enfermeiros justificaram o preenchimento incompleto do histórico de enfermagem com a falta de checagem das prescrições de enfermagem pelos técnicos e com a alegação da falta de conhecimento do funcionamento do processo de enfermagem (NEVES, 2010).

Ter um impresso específico, bem dividido ajuda na hora de dar continuidade na coleta de dados. Mas ela [SAE] precisa ter um espaço maior na instituição para que ela possa representar algo. Na maioria das vezes ela se transforma em um monte de papel impresso no prontuário do paciente que nem mesmo a própria equipe de enfermagem lê. (E34)

Sabe, eu até fazia a SAE, mas com o tempo fui observando que eu estava solitária, Escrevia e ninguém lia, a participação da equipe de enfermagem era zero, os técnicos não realizam e os colegas enfermeiros não liam ou davam continuidade. (E7)

Os estratos apresentados aproximam a realização da SAE a um sentido de protocolo a ser cumprido, obrigação, desprazer, tédio e não mérito, que se traduzem no empecilho para sua operacionalização.

Atitudes de rejeição, resistência, desinteresse e desvalorização da SAE pela equipe de enfermagem também foram observadas em outros estudos (NEVES, 2010), (DINIZ; CAVALCANTE; OTONI; MATA, 2015), (SILVA; SILVA; VALADARES; SILVA; LEITE, 2015), e o não incremento da fase de diagnóstico de enfermagem (DINIZ; CAVALCANTE; OTONI; MATA, 2015), e a pluralidade de formulários (SILVA; SILVA; VALADARES; SILVA; LEITE, 2015) figuraram como fatores dificultadores para seu desenvolvimento.

Registros são elementos imprescindíveis no processo do cuidar humano e, precisam ser fidedignos a realidade observada, desta forma possibilitam a reflexão sobre cada caso e a comunicação entre os profissionais envolvidos na assistência.

Estudo desenvolvido acerca da qualidade dos registros de enfermagem, conclui que estes não refletiam a atuação dos profissionais, os cuidados recebidos pelo cliente e as suas respostas, e considerou fundamental maiores investimentos na intenção de solucionar/minimizar os problemas identificados principalmente nas anotações de enfermagem (MATSUDA; SILVA; ÉVORA; COIMBRA, 2006).

No cuidado à criança, os registros devem compreender a história de saúde pregressa, o exame físico completo, testes específicos para avaliação da maturação e desenvolvimento dos sistemas, e a busca por malformações. Aspectos ligados a adaptação da criança ao meio, envolvimento dos pais no cuidado, disposição para brincar também são informações que oferecem bases importantes para a construção do plano de cuidados.

Impressos específicos podem auxiliar na coleta de dados, pois a adequação do roteiro a cada fase do desenvolvimento infantil reduz as chances de exame superficial ou incompleto, além de otimizar o tempo de contato com o paciente e sua família.

Para tanto é necessário a determinação de um referencial teórico para nortear a elaboração desses impressos e coordenar as ações do enfermeiro. Para Monteiro et al (2014), os enfermeiros que atuam nos programas de saúde da criança, desenvolvem ações de avaliação e análise, para identificar informações, conduzir as ações, e promover o desenvolvimento dos programas, todavia, ainda aplicam suas competências e habilidades de forma desarticulada, sem a integração com um referencial teórico.

É pertinente ressaltar que o modelo teórico torna a atuação de enfermagem cientificamente coerente e planejada para o alcance das metas almejadas. O conhecimento científico motiva a compreensão dos determinantes que repercutem na saúde da criança, para atuar de forma preditiva, bem como fortalece as ações profissionais para a recuperação da saúde. Então, para se trabalhar de forma organizada e operacionalizar os cuidados de enfermagem, é necessário estar pautado em conhecimentos científicos, pois viabiliza a tomada de decisão no planejamento das intervenções, subsidiando o raciocínio clínico e crítico (MEDEIRO et al., 2010); (SILVA et al., 2011a)

Classe 4: Desvelando as dificuldades operacionais para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem

Nessa classe, as palavras em destaque “falta”, “secretária”, “coleta”, “correria”, “dados” e “tempo” são termos que retratam condições que podem representar fatores

dificultadores na prestação do cuidado sistematizado. É sabido que a busca pela qualidade da assistência perpassa pela organização do cuidado, a partir de condutas e atitudes seguras, que embasam a tomada de decisão apropriada, com ofertas adequadas dos distintos recursos.

O paciente e suas especificidades, suas necessidades, sua alta ou recuperação, constituem a principal razão da assistência de enfermagem, a qual deve, portanto, ser realizada eficientemente, com comprometimento de quem a desenvolve, garantindo qualidade do cuidado prestado e, principalmente, a satisfação do paciente e seus familiares (DONNER; WHEELER, 2004).

A falta de atenção às práticas da gestão de pessoas interfere diretamente no alcance dos objetivos organizacionais, principalmente no que tange à implementação de processos de qualidade. A qualidade resulta de um comportamento positivo e concentrado dos colaboradores. Para alcançar a excelência e a conseqüente e desejada competitividade no mercado, as organizações precisam considerar atualmente que gerir pessoas significa estimular o envolvimento e desenvolvimento das mesmas (BARBOSA; MELO, 2008).

Os estratos a seguir apontam fragilidades que os enfermeiros participantes, vivenciam cotidianamente e que são considerados por eles pendências que prejudicam a qualidade da assistência prestada e o desenvolvimento da SAE.

Lá fora tem setor que você fica digladiando com aluno e residente por conta de cadeira e um lugar no computador. A falta de impressos de coleta de dados, a condição física de alguns pacientes, a grande quantidade de atendimentos a falta de secretária nos plantões do setor. (E34)

A falta de tempo e as vezes a redução do número de funcionários. A falta de um impresso específico. A falta de interesses dos colegas enfermeiros também contribui (E24)

O número reduzido de funcionários. A própria falta de secretária no setor, eu preciso ficar pedindo para as secretárias de outros setores pedir o material que eu preciso, quando não vou eu mesmo na farmácia ou na central de materiais buscar. (E2)

Estudos desenvolvidos por enfermeiros nos últimos anos apontam diferentes dificuldades para a implantação da SAE, dentre elas destacam-se: falta de conhecimento por parte do enfermeiro acerca da metodologia de assistência e modelos teóricos; deficiência na abordagem da temática durante o curso de graduação; grande demanda de

serviços burocráticos e administrativos, além da falta de pessoal e de recursos materiais para o cuidado; falta de articulação entre a teoria e a prática; e, influências do modelo biomédico/cartesiano (NEVES, 2010), (MEDEIROS: SANTOS; CABRAL, 2013), (DINIZ; CAVALCANTE; OTONI; MATA, 2015); (SOUZA; COSTA; CARNEIRO, et. al., 2015).

Na perspectiva da atenção a criança hospitalizada Moreira e colaboradores (2012), apontou como dificuldade para a desenvolver a SAE ao recém-nascido internado em UTIN a falta de formulários específicos para os registros. Com referência à aplicação da SAE à criança no serviço de urgência e emergência a falta de espaço e a existência de apenas um enfermeiro assistencial no setor com muitos pacientes críticos na unidade foram listados como dificuldades para a implementação (MARTINS, SILVA, SOUZA, FERREIRA , 2013). No espaço da pediatria, as inúmeras atividades técnicas e burocráticas foram consideradas como fatores que dificultam muitas vezes a aproximação a uma dimensão do cuidado que favoreça o desenvolvimento da SAE (SOUSA; GOMES; SILVA; SANTOS; SILVA, 2011).

As causas apontadas pelo grupo estudado representam, em sua maioria, problemas conceituais, estruturais e organizacionais. Indicam a necessidade de reorganização dessa metodologia de assistência como uma das prioridades organizacionais destes hospitais, sobretudo por meio do investimento na estrutura física, na contratação de recursos humanos e na educação permanente dos enfermeiros, além de um trabalho de conscientização para que os mesmos se envolvam efetivamente no processo de implantação dessa sistematização de modo a melhorar a qualidade do cuidado ao paciente.

Florêncio (2009) afirma que a SAE é um método de trabalho que proporciona a melhoria da qualidade da assistência ao cliente através do planejamento e aplicação de ações do serviço da enfermagem. Essas ações elaboradas e supervisionadas pelo enfermeiro e aplicadas pela equipe em conjunto, é o próprio gerenciamento do cuidado, cabendo ao enfermeiro conhecer sua equipe e o perfil de seus clientes.

Apesar de saber que com a implantação de um Processo de Enfermagem seu trabalho será mais valorizado, pois todos os entrevistados referiram que a SAE é “muito importante para o cuidado”, o profissional enfermeiro não demonstra muitas expectativas nem interesse em iniciar ou dar continuidade ao trabalho de colegas.

Entende-se que a prática da SAE deveria ser parte do cotidiano de qualquer enfermeiro, a realidade observada através dos estratos de falas é que estes profissionais

não se conscientizaram da sua importância. Não havendo conscientização, não há cobrança e nem realização. Com isso, perde o paciente, que deixa de participar ativamente no cuidado voltado aos problemas que ele apresenta ou possa vir a desenvolver; perde a instituição, pois deixa de ofertar uma estrutura na qual as necessidades do cliente, de sua família ou da comunidade sejam satisfeitas; e também perde o enfermeiro, que deixa de demonstrar o alcance da atividade da enfermagem, pois não aproveita as oportunidades de aumentar a satisfação profissional e estimular o aperfeiçoamento científico.

Menezes, Priel, Pereira (2011) e Carvalho et al. (2013) consideram que algumas medidas são essenciais para a implantação e operacionalização da SAE nas instituições de saúde, de forma a tornar o cuidado mais efetivo com o olhar voltado para o bem-estar do paciente, como: capacitação profissional ou educação permanente; sensibilização e envolvimento da equipe multidisciplinar atuante no setor; adequação do dimensionamento da equipe de enfermagem; valorização por parte da administração da instituição; conhecimento, habilidades e atitudes pautadas no compromisso ético e na responsabilidade do cuidar do outro.

Silva, Moreira (2011) e Costa, Fernandes, Nóbrega (2011) ainda ressaltam a importância da definição de modelos teóricos no contexto em que a SAE está inserida, considerando o perfil dos pacientes atendidos e das necessidades específicas do cuidado a ser prestado, para auxiliar o enfermeiro no estabelecimento de prioridades e no atendimento das necessidades, compreendendo que a definição do referencial teórico requer reflexão e discussão entre a equipe de enfermagem acerca das teorias de enfermagem para o conhecimento dos conceitos e proposições para identificar a teoria compatível com a realidade que a SAE será instituída.

Na desmistificação dessas fragilidades, está o sucesso ou insucesso para implantação da SAE, buscando fatores-chave como apoio, colaboração e interesse das chefias de enfermagem, além do preparo rigoroso, constante e sistemático dos enfermeiros (MEDEIROS, SANTOS; CABRAL, 2013). Entende-se que, desta forma, é possível promover uma aliança, aproximando os processos de cuidar e de administrar que permitam constituir o cuidar gerenciando e o gerenciar cuidando (SALVADOR; SANTOS; ZEFERINO; TOURINHO; VITOR, 2015), (SOARES; RESCK; CAMELO; TERRA, 2016).

Classe 5: Ações e envolvimento para aproximação da Sistematização da Assistência de Enfermagem

Nessa classe as palavras: “momento”, “aplicação”, “assim”, “porque”, “diferente”, “maneira” e “paciente”, juntamente dos fragmentos de falas, sugerem as possíveis concepções que o corpo de enfermeiros aponta como caminhos para melhorar a implementação da SAE no cuidado à criança dos setores estudados.

O processo de enfermagem aplicado à criança é desenvolvido de forma contínua, dinâmica e individualizada, abrangendo as fases de coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação da assistência de enfermagem (RODRIGUES; AMADOR; SILVA; REICHERT; COLLET, 2013), (SILVA; SILVA; VALADARES; SILVA; LEITE, 2015).

A criança é um ser com anseios próprios, sob tutela dos pais, com particularidades ligadas a essa fase da vida que devem ser avaliadas no contexto da sua individualidade. Este conhecimento e a visão ampliada do enfermeiro para o processo saúde-doença na infância auxiliam na abordagem das fases da SAE.

Entre as situações que ao serem vivenciadas pela criança são consideradas determinadoras de estresse encontram-se a doença e a hospitalização, que podem fazer com que a criança e sua família fiquem emocionalmente traumatizados em maior grau do que está fisicamente doente (RIBEIRO; ANGELO, 2005). Ao ser hospitalizada a criança encontra-se duplamente doente; além da patologia física, ela sofre de outra doença, a própria hospitalização, que se não for adequadamente tratada, deixará marcas em sua saúde mental (COLLET, 2001)

Os discursos a seguir sugerem que para o sucesso da implementação da SAE à criança, sua família e o enfermeiro deve atuar com sensibilidade e paciência de forma a reduzir o estresse e a angústia do primeiro impacto da internação hospitalar.

Para avaliar uma criança, você precisa de tempo. Pois tem o momento certo de você abordar a criança e o acompanhante. Muitas vezes, a emoção da situação pode dificultar a coleta da informação. Várias vezes é preciso voltar na mãe para ter uma resposta de um sistema por exemplo (E41).

Eu faço assim, vou aos poucos, o paciente deu entrada eu vou colher o histórico, o que não for abordado em um primeiro momento eu abordo em um segundo momento (E38).

Na minha opinião a melhor hora para fazer a abordagem de coleta de informações é quando o paciente e o acompanhante

estão calmos, a condição da criança já está estável, aí busco uma cadeira e sento ao lado e faço minhas perguntas (E27)

Busco deixar todos calmos, ofereço informações sobre o procedimento. É difícil instaurar a SAE, muitas vezes as perguntas do questionário são pouco aplicáveis para o momento (E13)

Nas falas, emergem a importância da individualidade e integralidade do cuidado. É importante refletir também que cuidar de uma criança doente requer do profissional, além do cuidado técnico imprescindível, o cuidado subjetivo que envolve a singularidade de cada criança, a sua individualidade e a forma como ela expressa seus sentimentos e emoções (WOISKI; ROCHA, 2010)

Cada família reage de um modo a internação infantil, desta forma, o enfermeiro deve deixar de ser apenas um realizador de cuidados técnicos e passar a exercer também sua função como facilitador da experiência para a criança e para seus pais, o que se constitui num desafio, porque demanda numa mudança do enfoque da assistência de enfermagem tecnicista e centrado na patologia, para um enfoque centrado na criança e na família (COLLET, 2001), (RODRIGUES; AMADOR; SILVA; REICHERT; COLLET, 2013).

A experiência estressante da hospitalização pode ser amenizada pelo fornecimento de certas condições como: presença de familiares, disponibilidade afetiva dos trabalhadores da saúde, informação, atividades recreacionais, entre outras (NASCIMENTO KC, BACKES DS, KOERICH MS, ERDMANN, 2008). Saber o momento e forma correta de abordagem a família é um fator humanizador da assistência e importante para o sucesso na instauração da SAE.

Conforme Nóbrega, Silva (2009), a coleta de Dados/Histórico de Enfermagem é fase imprescindível do processo de enfermagem em que ocorre a interação entre enfermeiro e paciente para coleta de dados, anamnese e exame físico. Essa etapa direciona o cuidado, portanto, requer habilidades e embasamento de uma teoria de enfermagem para fundamentar a assistência para a recuperação da saúde do paciente.

Esta etapa é parte crucial do teor científico do processo de trabalho do enfermeiro, tornando-se indispensável o investimento dos conhecimentos técnicos científicos e valorização desta fase do processo de enfermagem para o respaldo profissional e desenvolvimento de um cuidado de qualidade. Assim concordamos com Nóbrega e Silva

(2009), quando estes afirmam que a coleta de dados não pode ser um momento estático e restrito, pois ela permeia todo o processo, sendo necessária, inclusive, para se avaliar o diagnóstico de enfermagem e as ações de enfermagem, até se chegar às definições sobre a condição do cliente.

O modo para obter informações relativas a estas necessidades provém dentre outras da comunicação, quando dados obtidos através da interação irão direcionar as atividades de enfermagem. As palavras e o comportamento possuem valor significativo expressando uma comunicação, desta forma, tanto a linguagem verbal como a não verbal influenciam a realidade onde a criança está inserida, mudam a percepção das pessoas e permitem o estabelecimento de uma comunicação efetiva (MARTINEZ; TOCANTINS; SOUZA, 2013).

No que tange à comunicação, o enfermeiro é um elemento articulador e integrador, por estar mais próximo do paciente e detectar com mais facilidade as alterações que se processam ao longo das 24 horas do dia. Por isso, ele deve polarizar essas interações e valorizar diferentes formas de pensar a fim de vir a compreender as correlações e apreender o ser humano como um ser complexo (BACKES et al., 2013)

Estudos que abordam o contato da enfermagem com a criança e sua família em ambiente hospitalar consideram a comunicação um elemento integrante da qualidade de prestação do cuidado de enfermagem. Reforçando que o enfermeiro, através da comunicação, deve permitir um envolvimento seguro, construtivo e compreensivo, para que a criança encontre caminhos para manter as capacidades próprias de sua fase de desenvolvimento e a participar de experiências que estimulem o seu crescimento (SHIN; WHITE, 2005), (JANSEN; SANTOS; FAVERO, 2010), (MARTINEZ; TOCANTINS; SOUZA, 2013).

Além do mais, quando existe a falta de interação entre pais e enfermagem, a criança fica mais resistente aos cuidados e não há cooperação por parte da criança. Usualmente, ela fica dividida, à espera de indicações não verbais dos pais, no tangente a como responder ou reagir frente às intervenções feitas pela equipe. A aceitação do tratamento pela criança está diretamente ligada à compreensão que os pais têm deste processo, e ao aporte afetivo fornecido pelos mesmos durante esta experiência (MARQUES, et.al, 2014).

Neste ponto, o grupo estudado demonstra compreensão sobre a importância da coleta de dados, e suas representações sobre esta fase da SAE reforçam que o processo

de comunicação cuidador e cuidado não é ação linear, acontecendo de forma articulada e em diversos momentos da internação. A sensibilidade do profissional para identificar o momento correto de intervenção junto à família também é apontado como um requisito importante para a coleta das informações que são base para o planejamento da assistência.

A qualidade dos dados coletados deve gerar potencial para diagnósticos de enfermagem coerentes e intervenções corretas. Acompanhar o estado de saúde da criança e traçar um planejamento que estimule crescimento biológico, pessoal e social, requer do enfermeiro conhecimento e domínio dos procedimentos que integram a consulta de enfermagem, para desempenhar um cuidar sistematizado, ordenado, autêntico e solícito (RODRIGUES; AMADOR; SILVA; REICHERT; COLLET, 2013), (SILVA; SILVA; VALADARES; SILVA; LEITE, 2015).

É importante visualizar na família, e particularmente na mãe a peça chave e fundamental para agregar qualidade ao seu plano de cuidado, pois o conhecimento das peculiaridades físicas e emocionais da criança permite à mãe identificar os primeiros sinais/sintomas ou reações apresentadas por seu filho (MARQUES, et.al, 2014).

Além da compreensão da importância do contato com a família ao momento da coleta de dados, os fragmentos de falas também indicam que o uso de um roteiro de coleta de dados adequado a clientela infantil é caminho para facilitar a implementação da SAE nos setores de atendimento à criança. Como é possível observar a seguir:

Um instrumento melhor elaborado, para que não se perca tanto tempo o aplicando, e que traga espaços para coletar informações realmente da criança é o caminho para o uso da SAE (E38).

O fato de você ter um instrumento que é o correto para aquela fase da vida e de fácil visualização e aplicação já é ótimo para o nosso serviço (E39).

Agora nós temos um check list, mas assim, ainda precisa ser melhorado para ser realmente direcionado para a faixa etária e desenvolvimento da criança. Mas ele está sendo aplicado de maneira satisfatória (E41).

Durante as entrevistas foi exposto pelos enfermeiros que nos espaços em que a pesquisa foi realizada, estava em processo de implantação de um novo instrumento de coleta de dados para o atendimento a criança. Este impresso estava sendo testado no setor pediatria, é formatado segundo uma lista de checagem, organizado por necessidades

humanas básicas e era composto por cinco roteiros direcionado para as fases de desenvolvimento infantil: neonato, lactante, pré-escolar, escolar e adolescente.

Os enfermeiros em suas falas demonstram certa confiança de que a reestruturação da coleta de dados ao público infantil possa trazer benefícios para a assistência como a otimização do tempo, e a aquisição de informações significativas para cada faixa etária em virtude da especificidade.

Estudo desenvolvido por Neves (2010) permitiu identificar que para o grupo de enfermeiros estudados um impresso de histórico de enfermagem aprofundado, padronizado e direcionado para uma clientela específica facilita o registro e a coleta de dados do cliente, reduzindo inclusive o tempo gasto pelos enfermeiros nesta etapa.

Medeiros, Santos, Cabral (2012) reconhecem que os instrumentos específicos favorecem a execução das etapas do processo de enfermagem, considerando que facilita os registros e organiza os dados. Neste contexto, a padronização de instrumentos para a criança promove a organização e a redução da subnotificação de dados sobre os cuidados prestados e otimiza o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (BARBOZA; BARRETO; MARCON, 2012).

A coleta de dados, deve se constituir em um roteiro sistematizado para o levantamento de sinais e sintomas do ser humano; ser significativo para o enfermeiro e para o cliente e possibilitar o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, das metas e dos objetivos; a prescrição das intervenções de enfermagem, deve viabilizar a interação enfermeiro cliente e um cuidado profissional, que forneça dados que suscitem hipóteses para o desenvolvimento de pesquisas, colaborando com os conhecimentos próprios da profissão (BORGES-BITTAR; PEREIRA; LEMOS; 2006). A estrutura do instrumento de coleta deve retratar o referencial teórico adotado, a dinâmica do serviço, o padrão de organização da assistência e a especificidade da clientela assistida. (CHIZZOTTI, 1991).

Como a faixa etária classificada como criança de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente permite conglomerar indivíduos de um a treze anos de idade é importante também que estes instrumentos possam respeitando o grau de desenvolvimento cognitivo favorecer a participação efetiva do grupo em seu inquérito de saúde. Incluir a criança neste momento compartilhar a responsabilidade nas decisões relacionadas com a sua condição física, fortalece sua autonomia, a transformando em sujeito ativo do seu processo saúde- doença e valorizando suas pontuações acerca da vida.

Estudos demonstram que as crianças conseguem descrever as formas como são abordadas para a realização dos procedimentos e identificar como fundamentais as explicações recebidas, pois entenderam que não deviam permanecer com dúvidas (SHIN H; WHITE-TRAUT, 2005), (SOUSA; GOMES; SILVA; SANTOS; SILVA, 2011), (SANTOS, et al., 2015). Outro estudo desenvolvido com crianças na faixa etária de escolar conclui que este grupo etário manifestou não gostar quando os profissionais não conversam com eles, não os orientam quanto aos procedimentos que serão realizados, e falam de forma imperativa para permanecerem parados (SANTOS, et al., 2015).

Com base no exposto, é possível afirmar que as crianças são as melhores fontes de informação sobre suas experiências e sentimentos. Elas podem expressar seus pensamentos de diferentes formas (verbal e não verbal) e, para tanto, é necessário o enfermeiro adentrar o universo infantil, utilizando estratégias de aproximação adequadas para cada faixa etária, como por exemplo o brinquedo terapêutico, rodas de conversas de forma a estimular e permitir que expressem as situações por elas vivenciadas.

Os enfermeiros participantes também sugerem como estratégia para otimizar a SAE no cuidado a criança o desenvolvimento de cursos/treinamentos de orientação para o uso do novo instrumento de coleta de dados pela gestão hospitalar.

A gerencia vai precisar organizar um treinamento, para orientar e até conscientizar todo o hospital para a importância desse novo checklist.(E38).

Por ser uma estratégia nova, acho que será importante a realização de treinamento, curso, palestra, para orientar como deve ser a implementação e para tirar dúvidas mesmo (E41).

Este instrumento é bem diferente para mim. Acredito que a educação permanente precisa olhar com maior atenção para o grupo que esta aqui na ponta, senão acho que sem um curso ou orientação mais direta não vai ter sucesso não (E39)

Kobayashi e Leite (2010), afirmam que lacunas na gestão de recursos humanos, alterações do contexto produtivo e mudanças tecnológicas geram desequilíbrios entre qualificações e trabalho. Portanto, os profissionais devem investir, de forma contínua, em qualificações e atualizações para o desenvolvimento de competências. Diante desta realidade, é mister a necessidade de investimentos na educação continuada para suprir as dificuldades e qualificar os profissionais.

O processo educativo em serviço representa um dispositivo imprescindível para a qualificação da equipe de Enfermagem, na medida em que agrega conhecimento e segurança ao profissional, possibilitando que ele atue, de forma competente, colaborativa e independente, o que, conseqüentemente, causa impacto na qualidade do atendimento (CUCOLO; PERROCA, 2015).

Essa estratégia favorece a conquista da excelência no processo de SAE, sendo necessário, portanto, a realização de treinamentos para a equipe de enfermagem e o apoio da instituição. Tal investimento requer o envolvimento de toda a equipe, compreendendo que a capacitação gera benefícios para os enfermeiros, pacientes e instituição (NEVES; SHIMIZU, 2010), (MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2013).

Para que transformações na prática da SAE à saúde da criança aconteçam, é necessário que as dificuldades relacionadas à sua operacionalização sejam conhecidas por todos, ou seja, a desorganização do trabalho em grupo, o desconhecimento teórico dos profissionais sobre as etapas do processo, a deficiência do serviço de educação permanente e o número reduzido de recursos humanos para sua aplicação (SOARES; RESCK; CAMELO; TERRA, 2016).

Sendo assim as RS desse eixo evidenciam maior aproximação com o conceito de tratar distanciando-se do conceito de cuidar. As práticas assistenciais de enfermagem são desenvolvidas segundo as solicitações médicas. Diante das dificuldades cotidianas para a real implementação do processo de enfermagem, estão fragilidades relativas ao pouco conhecimento da metodologia, pouco envolvimento da equipe de enfermagem e déficit de recursos materiais. São representações levantadas pelo grupo como estratégias de aproximação da SAE ao cuidado da crianças a abordagem e comunicação respeitando o momento familiar, o uso de instrumento de coleta de dados específico e por fase de crescimento e desenvolvimento além de treinamento e cursos operacionalizados pela educação permanente do hospital.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo procurou-se a partir da apreensão e análise das RS da SAE construídas por enfermeiros que cuidam de crianças, explorar o conhecimento destes e sua aplicação na prática cotidiana.

Na primeira etapa do estudo foi possível identificar que o grupo social que prestava cuidados a crianças nos dois campos de estudo no período desta pesquisa era formado por adultos jovens com a idade média em torno de 33,5 anos de idade, quase que predominantemente do sexo feminino (93,3%). Foram graduados em cinco anos pela instituição pública estadual de Mato Grosso (62,2%), sendo a especialização no formato lato sensu a maior titulação do grupo (62,2%).

Noventa e cinco por cento (95,5%) dos participantes já possuía vínculo empregatício com o hospital a mais de 12 meses, todos já estavam no mesmo setor de atendimento à criança por no mínimo seis meses, sendo que cerca de 15,5% atuavam no mesmo setor de assistência à criança pelo tempo máximo de um ano.

Percebeu-se assim que a força de trabalho que desenvolve o cuidado à criança é constituída predominantemente por um grupo social do sexo feminino, jovem e qualificado, sendo o perfil dos envolvidos próximos a tendência de recursos humanos de outras regiões do estado e país.

Na segunda etapa do trabalho aprendeu-se que a estrutura das RS relacionadas a SAE tem como núcleo central o cuidado de enfermagem sendo esta representação sustentada e organizada por duas periferias formadas pelos termos, *planejamento e qualidade* primeira periferia e *assistência, compromisso, processo e responsabilidade*, formando a segunda periferia, todas em consonância com a raiz essencial do termo “Sistematização da Assistência de Enfermagem”, estabelecendo relação proximal com as dinâmicas e estratégias necessárias para o desenvolvimento do cuidado, bem como, fortalecendo a importância deste.

A estrutura da RS relativas a “Atuação do Enfermeiro na Sistematização da Assistência de Enfermagem”, tem o núcleo central representado pelas palavras: *conhecimento, humanização e importante* refletindo o entendimento do grupo sobre as funções desenvolvidas pelo enfermeiro ao sistematizar o cuidado. Desta forma, o núcleo central da RS atuação do enfermeiro na SAE, se estrutura através do reconhecimento pelo grupo social estudado, de que a SAE é conhecimento específico da profissão, que permite ao modo de assistir o cliente adequação técnica, científica e humanizada.

Esta representação é sustentada na primeira periferia, pelos termos *planejamento, rotina, organização e dedicação* que remete à dimensão prática da SAE, ou seja, o desenvolvimento do processo de enfermagem. E na segunda periferia pelos termos *ciência e liderança*. As palavras expressam um posicionamento positivo dos enfermeiros a esta metodologia, valorizando aspectos ligados à dimensão científica e gerencial, como requisitos importantes para atuar no cuidado à criança.

As estruturas das duas representações são próximas dos conceitos formados ainda na academia, fortalecida nos aspectos éticos, teóricos e estruturais que organizam este processo, se afastando da realidade vivenciada nos espaços de atendimento a criança. Este fato deve despertar a reflexão e análise crítica sobre a SAE à criança, desenvolvida pelo grupo social, em virtude da aproximação dos conceitos de uma prática politicamente correta, distante das realidades vivenciadas nos espaços de saúde.

Nesta etapa o estudo traz implicações importantes para as ações de enfermagem destinadas à crianças, visto que ilustra questões referentes ao desenvolvimento de competências que envolvem a assistência dos enfermeiros como por exemplo a autocrítica, desta forma a compreensão das deficiências que normalmente se encontram nos espaços de saúde, auxiliariam a preparar o cuidado à criança com base nestas fragilidades, esta conduta de aproximação da realidade tende a refletir em resultados positivos para a criança, família e enfermagem.

Na terceira parte do estudo os resultados que emergiram indicam que, para os enfermeiros entrevistados, as RS relacionadas à SAE foram inicialmente forjadas durante o período da graduação e se organizaram em torno da argumentação da qualificação do cuidado de enfermagem. Apreendeu-se de forma consensual que os enfermeiros conhecem a operacionalização da SAE e que classificam-na como um importante método de organização e planejamento das ações de enfermagem.

Porém no cotidiano profissional ela é compartilhada a partir de aproximações e distanciamentos teóricos não favorecendo que este conhecimento tenha um objetivo prático nas intervenções das clínicas. As representações da dimensão do conhecimento não parecem suficientes para ancorar a prática assistencial, apontando a existência de importantes discrepâncias entre as representações, ou seja, entre a valoração do saber e a qualidade do fazer desenvolvido no cotidiano.

Dessa forma, as discrepâncias teórico-práticas não contribuem para a construção de uma realidade capaz de valorizar a prática do cuidado de enfermagem à criança, pois,

não são capazes de conferir autonomia profissional, qualificar o cuidado, implementar as mudanças de paradigma do cuidado requeridos na modernidade pela pediatria.

Considerando as relações existentes entre as representações do saber e as representações das práticas e a influência mútua entre uma e outra. Pode-se dizer que o saber sobre a SAE percebido como ciência e método importante para a valorização profissional e que as práticas exercidas, influenciam na representação que o grupo possui da SAE delimitando e conformando as ações de cuidado prestado as crianças.

As RS revelaram que os enfermeiros dos diferentes cenários reconhecem as lacunas que comprometem o desenvolvimento da SAE no cuidado à criança, fator positivo por favorecer o desenvolvimento de estratégias no âmbito de trabalho para a superação das dificuldades vivenciadas e contribuir na assistência. Sendo assim considera-se viável a integração entre os envolvidos nesse processo, compreendendo a amplitude dos aspectos que emergiram.

Outro ponto a ser instigado é a compreensão da responsabilidade compartilhada no desenvolvimento da SAE, uma vez que os caminhos para a superação das dificuldades abrangem todos os participantes do estudo. Somente desta forma será possível a prática assistencial organizada e humanizada, com a individualização do cuidado, com o planejamento das ações e a geração de conhecimento a partir da prática de enfermagem.

A discrepância observada entre a representação da dimensão do conhecimento e a dimensão prática denunciam a imperatividade de reimprimir a marca do cuidado dentro desses espaços de atenção à criança. Urge, entre os enfermeiros, a necessidade de incrementar a representação forjada da SAE em suas atividades diárias, afim de resgatar e manter sua identidade e a valorização do trabalho da enfermagem.

Ressalta-se que a aplicação da SAE no atendimento infantil contribui de maneira positiva para o acolhimento efetivo da criança e sua família na trajetória da internação hospitalar. Percebe-se a importância da compreensão do cuidado como práxis do enfermeiro e do aprimoramento do conhecimento científico como estratégia de ampliação da autonomia profissional.

Destaca-se como limitação deste estudo, a inclusão apenas de profissionais enfermeiros, condição que pode limitar a compreensão do fenômeno estudado e não permitir explorar os conceitos construídos pelos demais integrantes da equipe de enfermagem como por exemplo os técnicos de enfermagem, que no cotidiano de trabalho contribuem com a RS da prática do cuidado.

Embora ciente de que uma investigação desta natureza não se presta a obtenção de resultados conclusivos, espera-se ter contribuído para o esclarecimento deste importante construto da ciência da Enfermagem. Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a necessidade de repensar a prática de enfermagem, tendo em vista a possibilidade de ampliar as discussões relacionadas ao cuidado sistematizado a crianças.

Vislumbra-se a possibilidade de investimentos em treinamentos e construção de instrumentos de trabalho específicos para esta clientela que aproximem as demandas diárias ao método científico de planejamento do trabalho.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares em representações sociais**. Goiânia: AB Editora, p.27-38, 2003.

ABUD SM, GAÍVA MAM. **Registro dos dados de crescimento e desenvolvimento na caderneta de saúde da criança**. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet] 2015;36(2) [acesso em 30 set 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.48427>.

AIRÈS, P. **História sócial da criança e da família**. Rio de Janeiro: Cortez, 279 p. 1994.

ALFARO-LEFEVRE R. **Aplicação do processo de enfermagem. Um guia passo a passo**. 4a. ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul; 2000.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. São Paulo - SP: Ed. Artmed. 5ª ed. 2005.

ALMEIDA, FA; SABATÉS, AL. **Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital**. Editora Manole, Barueiri, serie enfermagem. 2008.

ALVES EATD, COGO ALP. **Percepção de estudantes de enfermagem sobre o processo de aprendizagem em ambiente hospitalar**. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet] 2014;35(1) [acesso em 30 set 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.42870>.

ALVES, AR; LOPES, CHAF; JORGE, MSB. **Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista**. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(4):649-55 www.ee.usp.br/reecusp.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. **Representações da identidade docente: uma contribuição para a formulação de políticas**. In: **Revista Ensaio: avaliação de políticas públicas em**

educação. Rio de Janeiro: Editora da CESGRANRIO, v.15, n.57, p.579-594, out./dez., 2007.

AMANTE, LN; ROSSETTO, AP; SCHNEIDER DG. **Sistematização da assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva pela Teoria de Wanda Horta**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.43, n.1, p.54-64, 2009.

ANDRADE JS, VIEIRA MJ.: **Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização**, RevBrasEnferm 2005 maio-jun; 58(3):261-5.

ANDRADE, AC. **A enfermagem não é mais uma profissão submissa** Rev Bras Enferm, Brasília 2007 jan-fev; 60(16):96-8.

ANSEMI, M. L.; DUARTE, G. G.; ANGERAMI, E. L. S. **“Sobrevivência” no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, v. 9 n. 4, p. 13-18, Jul. 2001.

AQUINO, K. S. **Fatores geradores da rotatividade dos enfermeiros de um hospital geral governamental da cidade de São Paulo**. 1991. Dissertação. Faculdade São Camilo de Administração Hospitalar, São Paulo, 1991.

ARRUDA, A. **Teorias das representações sociais e teoria de gênero**. Cadernos de pesquisa, n.117, novembro, 2002.

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E.; **Fundamentos de Enfermagem – Introdução ao Processo de Enfermagem**. Rio de Janeiro – RJ: Guanabara Koogan S/A. 1989.

BACKES DS, SCHWARTZ E. **Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial**. Ciênc Cuidado Saúde. 2005;4(2):182-88.

BACKES, DS; KOERICH, MS; NASCIMENTO, KC; ERDMANN, AL. **Nursing care systematization as a multidimensional and interactive phenomenon**. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013 Nov/Dec;16(6):979-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/07.pdf>.

BARBOSA, LR; MELO, MRAC. **Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura**. Rev Bras Enferm, Brasília 2008. maio-jun; 61(2): 366-70.

BARBOZA CL, BARRETO MS, MARCON SS. **Records of childcare in primary care: descriptive study**. Online braz j nurs [periodic online]. 2012 Aug [cited 2012 sep 03]; 11(2): 359-75 Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3687>

BARRA, DCC; NASCIMENTO, ERP; MARTINS, JJ; ALBUQUERQUE, GL; ERDMANN, AL. **Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 03, p. 422 - 430, 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm

BARROS, A. L. B. L. e cols. **Anamnese e Exame Físico**. : Artmed. 2ª ed. 2009.

BENEDET, SA; GELBCKE, FL; AMANTE, LN; et al. **Processo de enfermagem: instrumento da sistematização da assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros**. Care Online. 2016 jul/set; 8(3):4780-4788. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4780-4788>

BISON, RAP. **A percepção do cuidar entre estudantes e profissionais de Enfermagem**. Ribeirão Preto, 2003. 109p Tese (doutorado) – Escola de enfermagem de ribeirão Preto – USP – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

BOFF,L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORGES BITTAR, DB; PEREIRA, LV; LEMOS, RCA. **Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 617-28.

BORGES MS, QUEIROZ LS, SILVA HCP: **Representações sociais sobre cuidar e tratar: o olhar de pacientes e profissionais** Rev Esc Enferm USP 2011; 45(6):1427-33.

BORK AMT. **Enfermagem de excelência: da visão à ação.** Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar,** Brasília 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente.** Brasília: Ministério da Saúde; 1991

BUENO, F. M. G.; QUEIROZ, M. S. **O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar.** Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 59, n. 2, p. 222-7,2006.

CAMPEDELLI, MC (org). **Processo de enfermagem.** São Paulo: ática, 1989

CARDOSO, MLAP; RAMOS, LH; D'INNOCENZO, M. **Liderança Coaching: um modelo de referência para o exercício do enfermeiro-líder no contexto hospitalar.** Rev Esc Enferm USP 2011; 45(3):730-7 www.ee.usp.br/reeusp/

CARNEIRO, T. M. **Vivenciando o cuidar e o curar como familiar em um hospital.** Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 61, n. 3, p. 390-4, 2008.

CARPENITO - MOYET, L.J. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica.** 10ª ed. Porto Alegre : Editora Artmed, 2005.

CARVALHO ACTR, OLIVEIRA KT, ALMEIDA RS, SOUZA FS, MENEZES HF: **Refletindo sobre a prática da sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva** R. pesq.: cuid. fundam. online 2013. abr./jun. 5(2):3723-29. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n2p3723>

CARVALHO, SC; SILVA, CP; FERREIRA, LS; CORREA, AS. **Reflexo da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) na Consulta de enfermagem.** Rev Rede de Cuidados em Saúde,;2(2):1-8.2008.

CASAFUS KCU, DELL'ACQUA MCQ, BOCCHI SCM. **Entre o êxito e a frustração com a sistematização da Assistência de enfermagem.** Esc. Anna Nery. [Internet] 2013;17(2) [acesso em 30 set 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200016>.

CASTELLANOS, BEP; CASTILHO, V. **Marco conceitual da assistência de enfermagem: considerações gerais.** In: CAMPEDELLI, MC (org). Processo de enfermagem na prática. 2. ed. São Paulo: Ática, 2000. P 22-30.

CASTILHO, NC; RIBEIRO, PC; CHIRELLI, MQ. **A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil.** Texto contexto- enferm [Internet]. 2009 Apr/June;18(2):280-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/11.pdf>.

CESTARI M. **Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino.** Rev Gaúcha Enfermagem. 2003;24(1):34-42.

CHIZZOTTI A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo (SP): Cortez; 1991.

CHRISTOVAM, BP; PORTO, IS; OLIVEIRA, DC. **Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito.** Rev Esc Enferm USP. 2012;46(3):734-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300028&lng=pt&nrm.

CIANCIRULLO DI, GUALDA DMR, MELLEIRO MM, ANABUKI, MH(coord). **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo (SP): Ícone; 2005.

COELHO, M. S.; SILVA, D. M. G. V.; PADILHA, M. I. S. **Representações Sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2**. Revista da Escola de Enfermagem- USP, v. 43, nº 1, 2009.

COLLET N. **Criança hospitalizada: participação das mães no cuidado**. [tese] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2001.

COLLET, N; OLIVEIRA BRG. **Manual de enfermagem em pediatria. Técnicas de enfermagem em pediatria**. Goiânia: AB, 2002.

COLLET, N; ROCHA, S.M.M. **Transformações no ensino das técnicas em enfermagem pediátricas**, 2 ed, Goiania: AB, 2001.

COLLIÈRE, MF. **Promover a vida: da prática da mulher de virtude aos cuidados de enfermagem**. 4a ed. Coimbra (Po): Ledil; 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO COFEN – 272/2002 – Revogada pela Resolução COFEN 358/2009. “**Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras**”. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 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 e privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem**. Rio de Janeiro: COFEN, 2009.

CUCOLO, DF; PERROCA, MG. **Fatores intervenientes na produção do cuidado em enfermagem**. Acta Paul Enferm. 28(2):120-4. 2015.

CUNHA, SMB; BARROS, ALBL. **Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta.** Rev Bras Enferm. 2005;58(5):568-72

DE LA CUESTA, C. **The nursing process from development to implementation.** Journal of Advanced Nursing, Oxford, v. 8, n. 1, p. 65-67, 1983.

DINIZ IA, CAVALCANTE RB, OTONI A, MATA LR. **Perception of primary healthcare management nurses on the nursing process.** Rev Bras Enferm. 2015;68(2):206-13. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680204i>

DOENGES, ME; MOORHOUSE, MF; GEISLER, AG. **Planos de cuidados de enfermagem orientações para o cuidado individualizado do paciente,** 5 ed, Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2003.

DOMINGUES, TAM; CHAVES, EC. **O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro.** Rev Esc Enferm USP.;39(n.esp):580-8).2005.

DONNER GJ, WHEELER MM. **New strategies for developing leadership.** Canadian J Nurs Leadership 2004; 17(2).

DUARTE, APP; ELLENSOHN, L. **A operacionalização do processo de enfermagem em terapia intensiva neonatal.** Rev Enferm UERJ. Out-Dez; 15(4):521-6. 2007.

DURAN, ECM; TOLEDO, VP. **Análise da produção do conhecimento em processo de enfermagem: estudo exploratório-descritivo.** Rev Gaúcha Enferm. 2011; 32(2):234-40.

ELSEN, I. **Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual.** En: Elsen I et al. (org.). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem; 2002.

ESCUDEIRO, C. L. **Adoçando o fel do pesquisador: a doce descoberta das representações sociais.** Rio de Janeiro: S.N. 1997.

ESPÍRITO SANTO, F. H.; PORTO, I. S. **Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer.** Esc Anna Nery R Enferm.2006, dez; 10 (3): 539-46.

FERRAZ, CA. **As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional.** Acta Paul Enferm ; 13(Esp 1):91-7. 2000.

FERREIRA EB, PEREIRA MS, SOUZA AC, ALMEIDA CC, TALEB AC. **Systematization of nursing care in the perspective of professional autonomy.** Rev Rene. 2016;17(1):86-92.

FILHO, L. **A prescrição computadorizada de cuidados de enfermagem: o planejamento como forma inovadora de facilitação do cuidado individualizado e de sua continuidade.** [Cogitare enferm](#);2(1):90-5, jan.-jun. 1997

GAIDZINSKI, R; PERES, HC; FERNANDES, MFP. **Liderança: aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem.** Rev Bras Enferm: 57(4): 464.2004.

GAÍVA MAM, SCOCHI CGS: **O Processo de Trabalho em Saúde e Enfermagem em UTI Neonatal,**Rev Latino-am Enfermagem 2004 maio-junho; 12(3):469-76

GAÍVA, MAM; SOUZA, JS; XAVIER, JS. **A segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão de literatura** Rev enferm UFPE on line. 2013. Recife, 7(esp):928-36, mar.

GAMBOA, N. S. G. **Cuidar para enfermeiros de UTI neonatal: descrição das categorias significantes.** 1997. 93 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997

GARCIA, TR; NÓBREGA, MML. **Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área.** Rev Bras Enferm, mar/abr; 57(2): 228-32. 2004.

GARCIA-SANTOS; SG, WERLANG, BSG. **Alto desempenho gerencial, contexto desafiador e personalidade.** Estud Psicol (Natal) [Internet]. 2013;18(2):183-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n2/v18n2a03.pdf>.

GEOVANINI T. **História da Enfermagem – Versões e interpretações**, 2º ed. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 2002.

GIL AC. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas; 2007

GONCALVES LRR; NOGUEIRA LT; NERY IS; BONFIM EG. **O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de discentes.** Esc Anna Nery R Enferm 2007 set; 11 (3): 459 – 65

GORDON, M. **The NANDA taxonomy II.** In OUD, N (org) Proceeding of the Special Conference of the Association of Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes. Bern: Has Hubber, 2002. P. 9-29.

GUSTAVO, AS; LIMA, MADS. **Idealização e realidade no trabalho da enfermeira em unidades especializadas.** Rev Bras Enferm. jan-fev; 56(1):24-7. 2003.

HEIDEGGER M. **Ser e tempo**, Parte I e II. 3a ed. Petrópolis: Vozes; 2008.

HERMIDA PMV, ARAÚJO IEM. : **Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação.** RevBrasEnferm 2006 set-out; 59(5): 675-9.

HERMIDA PMV.: **Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem***RevBrasEnferm, Brasília (DF) 2004 nov/dez;57(6):733-7

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem.** São Paulo - SP: EPU. 1979.

HUITZI-EGILEGOR JX, ELORZA-PUYADENA MI, URKIA-ETXABE JM, ASURABARRENA-IRAOLA C. **Implementação do processo de enfermagem em uma área da saúde: modelos e estruturas de avaliação utilizados.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. set.-out. 2014;22(5):772-7 DOI: 10.1590/0104-1169.3612.2479 www.eerp.usp.br/rlae

JANSEN MF, SANTOS RM, FAVERO L. **Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada.** Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):247-53.

JODELET D. **Representações Sociais: um domínio em expansão.** In: Jodelet D. **organizador.** As Representações Sociais. Rio de Janeiro (RJ): Ed. UERJ. 2005

KLETEMBERG, DF; MANTOVANI, MF; LACERDA, MR. **Entre a teoria e as práticas do cuidar: que caminho trilhar?** Cogitare Enferm.2004.9(1):94-9).

KOBAYASHI, RM; LEITE, MMJ. **Desenvolvendo competências profissionais dos enfermeiros em serviço.** Revista Brasileira de Enfermagem, v.63, n.2, p.243-249, 2010.

KRAUZER, I. M.; GELBCKE, F. L. **Sistematização da assistência de enfermagem – potencialidades reconhecidas pelos enfermeiros de um hospital público.** Revista de Enfermagem da UFSM, Santa Catarina, v. 3 n.1, p. 308-317, Set - Dez. 2011.

KRUSE, M. H. L. **Enfermagem moderna: a ordem do cuidado.** Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 59, n. especial, p. 403-10, 2006.

LEDESMA-DELGADO, MEL; MENDES, MMR. **O processo de enfermagem ações de cuidado rotineiro: construindo seu significado na perspectiva das enfermeiras assistenciais.** Revista Latino-Americana de enfermagem, Ribeirão Preto, v17, n3, p 328-34 maio/jun, 2009. Disponível em www.scielo.br/rlae

LEININGER, M. **Transcultural nursing: concepts, theories and practice.** New York: John Wiley e Sons, 1978.

LEOPARDI, MT. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2 ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LIMA, E; VARGENS, O; QUITETE, J; MACEDO, P; SANTOS, I. **Aplicando concepções teórico-filosóficas de Collière para conceituar novas tecnologias do cuidar em enfermagem obstétrica**. Rev Gaúcha Enferm.; 29:354-61.2008.

LIMA, MADS; GUSTAVO, AS; COELHO, DF; SCHMITZ, UV; ROSA, RB. **Concepções de enfermeiras sobre seu trabalho no modelo clínico de atenção à saúde**. Rev Bras Enferm. 2000 Jul-Set; 53(3):343-54.

LIMA, R.A.G. **Criança hospitalizada: a construção da assistência integral** 1996. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

LOPES, L. M. M.; SANTOS, S. M. P. **Florence Nightingale – Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna**. Revista de Enfermagem Referência. III Série, nº 2, 181-189, dez, 2010.

LORENZETTI, J; ORO, J; MATOS, E; GELBCKE, FL. **Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura**. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2014; 23(4):1104-12. Disponível em: [www.scielo.br/ pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01104.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01104.pdf). 18.

LUNARDI FILHO WD. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. 2º ed. Pelotas (RS): Universitária; 2004.

LUNNEY M. **Nursing Assessment, Clinical Judgment, and Nursing Diagnoses: How to Determine Accurate Diagnoses** In: Nanda International. Nursing Diagnoses: definitions and classification 2012-2014. Iowa, USA: Wiley-Blackwell; 2012. p. 67-90.

MACHADO, MH. **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995.

MARCONI MA, LAKATOS E M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ed. São Paulo: Atlas;2009.

MARKOVÁ, I. **Dialogicidade e representações sociais: as dinâmicas da mente**. Petrópolis/ RJ: vozes, 2006. 307p.

MARQUES, CDC; LIMA, MF; MALAQUIAS, TSM; WAIDMAN, MAP; HIGARASHI, IH. **O cuidador familiar da criança hospitalizada na visão da equipe e enfermagem**. Cienc Cuid Saude 2014 Jul/Set; 13(3):541-548

MARTINEZ, EA; TOCANTINS, FR; SOUZA, SR. **As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança**. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(1):37-44.

MARTINS, VF; SILVA, LF; SOUZA, RT; FERREIRA, VM. **A viabilidade da sistematização da assistência de enfermagem em serviço pediátrico: uma abordagem reflexiva**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde Vol.04, Nº. 01, p.1820 – 1834. 2013.

MATSUDA, L. M; SILVA, D. M. P. P.; ÉVORA, Y. D. M.; COIMBRA, J. A. H. **Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado?** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 03, p. 415 - 421, 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm

MEDEIROS VA. **Gestão da Sistematização da Assistência de Enfermagem**. In: Tannure MC, Pinheiro AM (Org.) Sistematização da Assistência de Enfermagem Guia Prático. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 225-43

MEDEIROS, AL; SANTOS, SR; CABRAL, RWL. **Desvelando dificuldades operacionais na sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da Grounded Theory**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 jan/mar;15(1):44-53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15323>.

MEIRA MD, KURCGANT P. **Nursing education: training evaluation by graduates, employers and teachers.** Rev Bras Enferm. 2016;69(1):10-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690102i>

MELEIS A. **Theoretical nursing development and progress.** 5th. ed. Philadelphia: Lippincott-Williams & Wilkins; 2012. 10 p

MENEZES, SRT; PRIEL, MR; PEREIRA, LL. **Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem.** Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011. Aug; 45(4):953-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a23.pdf>.

MENZANI G, BIANCHI ERF. **Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(2):327-33. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a13.htm>.

MINAYO, M.C. de S. (2010). **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.**(12ª edição). São Paulo: Hucitec-Abrasco.

MONTEIRO FPM, SILVA VM, LOPES MVO. **Diagnósticos de enfermagem identificados em crianças com infecção respiratória aguda.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2006;8(2):213-21. from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a06.htm.

MORAIS, FRC; SILVA, CMC; RIBEIRO, MCM; PINTO, NRS; SANTOS, I. **Resgatando o cuidado de enfermagem como prática de manutenção da vida: concepções de Collière.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, abr/jun; 19(2):305-10.2011.

MOREIRA, A. S. P., CAMARGO, B. V., JESUÍNO, J. C., NÓBREGA, S. M. (Eds.). (2007). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais.** João Pessoa, PB: Editora Universitária da Universidade Federal da Paraíba.

MOREIRA, RAN; PEREIRA, LDB; SIQUEIRA, AEOB; BARROS, LM; FROTA, NM; LUNA, IT. **Sistematização da assistência de enfermagem em unidade neonatal.** Cogitare Enferm. 2012 Out/Dez; 17(4):710-6

MOSCOVICI, S. **A relatividade tem 100 anos.** In: **Moreira ASP, Camargo BV.** Contribuições para a teoria e o método de estudos das Representações Sociais. João Pessoa (PB): Ed. Universitária, 2003.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais:** investigações em psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MOSCOVICI. S. **A representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar;1978.

MOURA MEB, RAMOS MN, SOUSA CMM, SILVA AO, ALVES MSCF :**Infecção hospitalar no olhar de enfermeiros portugueses: Representações Sociais** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 743-9.

MUSSI FC, WHITAKER IY, FERNANDES MFP, GENNARI TD, BRASIL VV, CRUZ DALM. **Processo de enfermagem: um convite à reflexão.** Acta Paulista de Enfermagem São Paulo 1997 jan/abr;10(1):26-32

NASCIMENTO, KC; BACKES, DS; KOERICH, MS; ERDMANN, AL. **Systematization of nursing care: viewing care as interactive, complementary and multi professional.** Rev Esc Enferm USP [Internet]. 42(4):643-8. 2008.

NAUDERER, T. M.; LIMA M. A. D. da S. **Imagem da enfermeira: revisão da literatura.** Revista Brasileira de Enfermagem, Rio Grande do Sul, v. 58 n.1, p. 74-77, Jan - Fev. 2005.

NEVES, RS. **Análise do processo de implementação da sistematização da assistência de enfermagem: um estudo de caso.** 2010.293p. Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília – DF.

NEVES, RS; SHIMIZU, HE. **Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de reabilitação.** Ver. Bras. Enferm. v 63. n.2 mar/apr. 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200009>

NOBREGA, MML; GARCIA, TR. **Perspectivas de incorporación de la Clasificación Internacional para la Practica de Enfermería (CIPE®) en Brasil.** Revista Brasileira de Enfermagem. Associação Brasileira de Enfermagem, v. 58, n. 2, p. 227-230, 2005.

NÓBREGA, S. M. **Sobre a Teoria das Representações Sociais**, IN: MOREIRA, A. S. P. (Org.). Representações Sociais: Teoria e Prática. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2001.

NÓBREGA, S. M; COUTINHO, M. P. L. **O Teste de Associação Livre de Palavras.** In:COUTINHO, M. P. L; LIMA, A. S; OLIVEIRA, F. B; FORTUNATO, M. L.**Representações Sociais: abordagens interdisciplinar.** João Pessoa: Ed Universitária, 2003p.67 – 77.

NOBREGA,MML; SILVA, KL. **Fundamentos do cuidar em enfermagem.** 2 ed. Belo Horizonte: ABEn, 2009.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2007-2008.** Traduzido por: R. M. Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2008.

OGUISSO T. **As origens da prática do cuidar.** In: Oguisso T, Moreira A, Freitas G. Trajetória histórica e legal da enfermagem. Barueri (SP): Manole; 2005. p. 3-29

OLIVEIRA DC. **A enfermagem e as necessidades Humanas Básicas: o saber/fazer a partir das representações sociais.** 2001. 225f. (Tese de Professor Titular) - Faculdade de Enfermagem, UERJ, 2001

OLIVEIRA, B.R.G. **Hospitalização da criança: o vínculo afetivo criança-famílias.** 1997.86p. Monografia (especialização) Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Paraná.

OSÓRIO, C. M.; QUEIROZ, A. B. A. **Representações Sociais de Mulheres sobre amamentação: teste de associação de livre idéias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo.** Revista de Enfermagem da Escola Ana Nery. Rio de Janeiro, v.11, nº 2, 2007.

PADILHA, MICS; SOBRAL, VRS; RAMALHO, LM; PERES, MAA; ARAÚJO, AC. **Enfermeira - a construção de um modelo de comportamento a partir dos discursos médicos no início do século.** Rev. Latino Enfermagem 1997;5(4):25-33.

PAIM, J.S. **Medicina comunitária: introdução a uma análise crítica.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, (1):9-12, out./dez. 1976.

PEDUZZI M, ANSEMI ML. **O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado.** Rev Bras Enferm. Jul- Ago; 55(4):392-8.2002.

PERES AMP, CIAMPONE MHT. **Gerência e competências gerais do enfermeiro.** Texto Contexto Enferm. Jul-Set; 15(3):492-9. 2006.

PERES, MA; TRENDON, HMC. **Gerência e competências gerais do enfermeiro.** Texto Contexto Enferm; 15(3): 492-9.2006.

PETTENGIL; RIBEIRO; BORBA. **O cuidado centrado na criança e sua família: uma perspectiva para a atuação do enfermeiro pediátrico.** In: ALMEIDA, FA; SABATES, AL. Enfermagem Pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital. p35-37, 2008.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** Rio de Janeiro – RJ: Elsevier, 6ª ed. 2001.

RAILE M, MARRINER A. **Nursing theorists and their work**. 7th. ed. New York: Mosby/Elsevier; 2010. 3-15 p.

RANGEL, M. **A pesquisa de representação social como forma de enfrentamento de problemas socioeducacionais**. Aparecida: Ideias & Letras, 2004.

REMEN, R. N. **O paciente como ser humano**. Trad. de Denise Bolanho. São Paulo, Summus, 1993.

RENERT, M. **Alceste: une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application**. Tradução Aurélia de G. de Nerval. Bulletin de méthodologie sociologique, n. 28, p. 24-54, 1990.

RIBEIRO, CM; ANGELO, M: **O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico** Rev Esc Enferm USP 2005; 39(4):391-400.

RIBEIRO, M; SANTOS, SL; MEIRA, TGBM. **Refletindo sobre liderança em enfermagem**. Esc Anna Nery R Enferm 2006 abr; 10 (1):109 – 15

ROCHA, S.M.M; ALMEIDA, M.C.P. **Origem da enfermagem pediátrica moderna**. Rev, de Enf. Da USP, São Paulo, v27, n01, p 25-42, 1993.

ROCHA, S.M.M; LIMA, R.A.G; SCHOCHI, C.G.S. **Assistência integral à saúde da criança no Brasil: implicações para o ensino e prática da enfermagem pediátrica**. Saúde e Sociedade, v6, n1, p.25-52, 1997.

RODRIGUES AC, CALEGARI T. **Humanização da assistência na unidade de terapia intensiva pediátrica: perspectiva da equipe de enfermagem**. Reme, Rev. Min. Enferm. [Internet] 2016;(20) [acesso em 30 set 2016]. Disponível: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160003>.

RODRIGUES PF, AMADOR DD, SILVA KL, REICHERT AP, COLLET N. **Interação entre equipe de enfermagem e família na percepção dos familiares de crianças com doenças crônicas.** Esc Anna Nery. 2013;17(4):781-7. doi: 10.5935/1414-8145.20130024

ROSSI, FR; SILVA, MAD. **Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado.** Rev Esc Enferm USP. Dez; 39(4):460-8.2005.

SÁ CP. **Núcleo central das representações sociais.** 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SALICIO, DMB; GAIVA, MAM. **O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI.** Rev Eletrônica Enferm. 8(3):370-6. 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a08.htm

SALVADOR, PT; SANTOS, VE; ZEFERINO, MT; TOURINHO, FS; VITOR, AF. **Típico ideal de acadêmicos de enfermagem acerca da sistematização da assistência de enfermagem.** Rev Min Enferm. 2015;19(2):51-8. doi: 10.5935/1415-2762.20150025

SANTOS, MRSL; MEIRA, TGBM. **Refletindo sobre liderança em enfermagem.** Esc Anna Nery R Enferm 2006 abr; 10 (1):109 - 15.

SCHAURICH D; CROSSETTI MGO. **Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007.** Esc Anna Nery Rev Enferm 2010 jan-mar; 14 (1): 182-88.

SCHMITZ, EM. **A enfermagem em pediatria e puericultura.** São Paulo: editora Atheneu, 2005.

SHIMIZU HE, CIAMPONE MHT. **As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidade Intensiva em um hospital-escola.** RevEscEnferm USP 2002; 36(2): 148-55.

SHIN, H; WHITE-TRAUT, R. **Nurse-child interaction on an inpatient paediatric unit.** J Adv Nurs. 2005; 52(1):56-62.

SILVA TP, SILVA MM, VALADARES GV, SILVA IR, LEITE JL. **Nursing care management for children hospitalized with chronic conditions.** Rev Bras Enferm. 2015;68(4):641-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680410i>

SILVA, EGC; OLIVEIRA, VC; NEVES, GBC; GUIMARÃES, TMR **O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática.** Rev Esc Enferm USP 2011; 45(6):1380-6 www.ee.usp.br/reeusp/

SILVA, L. F.; DAMASCENO, M. M. C.; CARVALHO, C.M.L.; SOUZA, P.D. **Cuidado de Enfermagem: o sentido para enfermeiros e pacientes.** Rev. Bras. Enf., v. 54, n. 4, p. 535 - 536, 2001

SILVA, MM; MOREIRA, MC. **Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros.** Acta Paul Enferm 2011;24(2):172-8.

SILVA, V.M. **Crianças com cardiopatias congênitas: avaliação diagnóstica de enfermagem.** [dissertação]. Fortaleza(CE): Departamento de enfermagem/UFC, 2004.

SIMÕES, ANA; FAVERO, N. **O desafio da Liderança para o enfermeiro.** Rev. Latino Am. Enfermagem [on line], set./out. 2003, v 11, n 5, p. 567-573 Disponível na, <http://www.scielo.br/scielo.php?>

SIQUEIRA, R.C. **Diagnósticos de enfermagem em crianças menores de um ano acompanhadas na consulta de enfermagem em puericultura numa unidade básica de saúde de Fortaleza-Ce.** [dissertação]. Fortaleza(CE): Departamento de enfermagem/UFC, 2005.

SOARES MI, RESCK ZM, CAMELO SH, TERRA FS. **Gerenciamento de recursos humanos e sua interface na sistematização na assistência de enfermagem.** Enfermeria Global. 2016;43:353-64.

SOARES, LG; ROSA, NM; HIGARASHI, IH; MARCON, SS; MOLINA, RCM. **UTI pediátrica: o significado do cuidar na perspectiva da mãe.** J. res.: fundam. care. online 2016. out./dez. 8(4): 4965-4971 DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4965-4971

SOUSA, LD; GOMES, GC; SILVA, MRS; SANTOS, CP; SILVA, BT. **A família na unidade pediátrica: percepções da equipe de enfermagem acerca da dimensão cuidadora.** Cienc Enferm [Internet]. 2011;17(2):87-95. Available from: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n2/art_10.pdf

SOUZA MC, MARISCAL MI. **Competencias y entorno clinic de aprendizaje en enfermaje autopercepcion de estudiantes avanzados de Uruguay.** Enfermeria Global. 2016;N41.121-134.

SOUZA MF. **Teorias de enfermagem – importância para a profissão.** Acta Paul Enferm 1988;1(3):63-65.

SOUZA, NR; COSTA, BMB; CARNEIRO, DCF; BARBOSA, HSC; SANTOS, ICRV. **Sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades referidas por enfermeiros de um hospital universitário.** Rev enferm UFPE on line. Recife, 2015. 9(3):7104-10,

STANCATO, K.; ZILLI, P. T. **Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de Saúde: uma revisão de literatura.** Revista de Administração em Saúde, Campinas, v. 12, n. 47, p. 87-99, Abr-Jun. 2010.

STRAPASSON MR, MEDEIROS CRG. **Liderança transformacional na enfermagem.** Rev Bras Enferm, Brasília 2009 mar-abril; 62(2): 228-33.

TAKAHASHI AA, BARROS ALBL, MICHEL JLM, SOUZA MF. **Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem.** Acta Paul Enferm. 2008;21(1):32-8.

TANNURE, M. C; GONÇALVES, A.M. P. **SAE Sistematização da Assistência de Enfermagem – Guia Prático.** Rio de Janeiro – RJ: Ed. Guanabara Koogan. 1ª ed. 2010.

TEIXEIRA, E. R; PAIM, R,C.N; SANTO, FHE: **Percepções dos enfermeiros sobre a metodologia da assistência de Enfermagem** R. de Pesq.: cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, ano 8, n. 1/2, p. 87-101, 1./2. sem. 2004.

TRUPPEL, T. C.; MEIER, M. J.; CALIXTO, R. C.; PERUZZO, S. A.; CROZETA, K.**Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.** Rev. Bras. Enferm.2009, mar-abril; 62(2): 221-7.

TURA, L. F. R.; MADEIRA, C. M.; SILVA, A. O.;GAZE, R.;CARVALHO, D. M. **Representações Sociais de hepatites e profissionais de saúde: contribuições para um (re) pensar da formação.** Ciência e cuidado de saúde, v.7, nº 2, 2008.

TURA, L. F. R.; MOREIRA, A. S. P.(org.) **Saúde e Representações Sociais.** João Pessoa: Editora Universitária /UFPB, 2005.

VALDERRAMA ML; MUÑOZ L. **Needs of parents in caring for their children in a Pediatric Intensive Care Unit.** Invest Educ Enferm. 2016; 34(1): 29-37

VITURI, DW; ÉVORA, YDM. **Total Quality Management and hospital nursing: an integrative literature review.** Rev Bras Enferm. 2015;68(5):660-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680525i>

VOLICH, RM. **Psicossomática: de hipócritas à psicanálise.** São Paulo: Casa do psicólogo, 2000.

WALDOW VR. **Cuidado humano: o resgate necessário.** 3a ed. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzatto; 2001.

WALDOW VR. **Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico.** *Investig Enferm Imagen Desarr.* 2015;17(1):13-25. doi: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana>

WESTPHALEN,M.E.A.; CARRARO,T.E. Organizadoras. **Metodologias para a assistência de enfermagem: Teorizações, modelos, e subsídios para a prática.** Goiânia: AB; 2001.

WHALEY, L. F; WONG, L.D. **Enfermagem Pediátrica.** Trad. CABRAL I. E. et al 9 ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

WOISKI RO, ROCHA DL. **Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar.** *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, 2010;14(1): 143-50.

ZAGONEL, IPS. **Epistemologia do cuidado humano - arte e ciência da enfermagem abstraída das idéias de Watson.** *Revista Texto & Contexto Enfermagem.* v.5, n.1, p.64-81, 1996.

ZEFERINO, et al. **Concepções de cuidado na visão de doutorandas de enfermagem.** *Revista Brasileira de enfermagem da UERJ*, v16, n3, p.345-0 jul/set,2008.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB PROGRAMA DE POS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. A sua decisão de participar ou não é uma decisão sua. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente as informações a seguir. Este estudo está sendo conduzido pela Enf. Ms. CAROLINA SAMPAIO DE OLIVEIRA, sob a orientação do Prof. Dr. ELIOENAI DORNELLES ALVES e coorientação da Prof. Dra. Moema Borges. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Não existem riscos ou ressarcimentos associados a sua participação neste estudo.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: Representações Sociais Acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE: Um Estudo com Enfermeiros que Prestam Cuidado à Criança em Hospitais Escolas na Região de Cáceres – MT

Pesquisadores responsáveis: Elioenai Dornelles Alves e Carolina Sampaio de Oliveira.
Instituição/Departamento: Universidade de Brasília – UnB / Departamento de Enfermagem
Telefones para contato: (61) 3107-1976

A pesquisa possui parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Mato Grosso (UNEMAT). Tem como objetivo: Conhecer as representações sociais a cerca da SAE entre enfermeiros que atuam no cuidado à criança em dois hospitais escolas da cidade de Cáceres MT, afim de refletir sobre a importância do emprego da SAE no planejamento das ações de enfermagem. Optou-se pela pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa. O universo do estudo serão os profissionais enfermeiros (as) que trabalham na assistência à criança.

Será garantido o acesso a pesquisa em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos pesquisadores responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNEMAT pelo telefone: (65) 3221 0000 ou pelo e-mail: cep@unemat.br.

Se você concordar em participar do estudo seu nome e identidade serão mantidos em sigilo Ressalta-se que a presente pesquisa não trará risco, prejuízos, desconfortos ou lesões. Não existe para esta pesquisa indenizações ou formas de ressarcimento. Você tem o direito de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa.

Consentimento de participação da pessoa como sujeito

Eu _____ RG/CPF
_____ abaixo assinado fui suficientemente informado sobre as informações que eu li sobre o presente estudo “Representações Sociais da Sistematização da Assistência de Enfermagem de enfermeiros que prestam cuidado à criança em hospitais escolas da região de Cáceres – MT” e concordo em participar do estudo como sujeito. Eu discuti com as pesquisadoras sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Cáceres, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

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

Cáceres, _____ de _____ de 20____.

Carolina Sampaio de Oliveira
CPF:834. 627.671 - 00
Pesquisadora responsável

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
PROGRAMA DE POS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TÍTULO DO ESTUDO: Representações Sociais Acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE: Um Estudo com Enfermeiros que Prestam Cuidado à Criança em Hospitais Escolas na Região de Cáceres – MT

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Solicitamos que responda de forma espontânea as perguntas a baixo. O anonimato de todas as suas falas será garantido por meio da não identificação dos depoentes, o registro das entrevistas serão destinados apenas para fins de investigação científica.

Sujeito: _____ Código: _____

Data: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Tempo de serviço na Instituição: _____

Tempo de serviço no setor de atendimento à criança: _____

Titulação: _____

- 1- Qual o seu conhecimento sobre a SAE?
 - 1a- Qual o seu primeiro contato com a SAE

- 2- Como e onde você ouviu falar sobre a SAE?
 - 2 a-Fale sobre a sua rotina de trabalho.
 - 2 b- Você utiliza a SAE na sua rotina de trabalho
 - 2 c- Relate como é a rotina do setor em relação a SAE.

- 3- Fale sobre sua experiência com a SAE.

- 4- Você considera que a SAE favorece o cuidado de enfermagem?

- 5- Na sua opinião, quais são os aspectos que facilitam a implementação da SAE no seu cotidiano de trabalho?

- 6- E os que dificultam?

APÊNDICE C - TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
PROGRAMA DE POS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
APÊNDICE C**

Sujeito: _____ Código: _____

Data: _____

Diga, no mínimo, três palavras que lhe vêm à mente, quando eu falo a expressão **“Sistematização da assistência de Enfermagem”**.

Diga, no mínimo, três palavras que lhe vêm à mente, quando eu falo a expressão **“Atuação do enfermeiro na SAE”**

A- Dentre as quatro palavras anteriores escreva em ordem de importância as palavras que melhor expressem **Sistematização da assistência de Enfermagem**

(1º. Lugar) _____

(2º. Lugar) _____

(3º. Lugar) _____

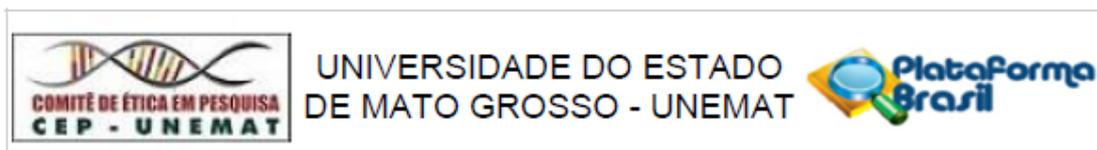
B- Dentre as quatro palavras anteriores escreva em ordem de importância as palavras que melhor expressem **Atuação do enfermeiro na SAE**

(1º. Lugar) _____

(2º. Lugar) _____

(3º. Lugar) _____

ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Representações Sociais Acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE: Um Estudo com Enfermeiros que Prestam Cuidado à Criança em Hospitais Escolas na Região de Cáceres, MT

Pesquisador: Carolina Sampaio de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42685215.7.0000.5166

Instituição Proponente: Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.065.610

Data da Relatoria: 14/05/2015

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa "Representações Sociais Acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE: Um Estudo com Enfermeiros que Prestam Cuidado à Criança em Hospitais Escolas na Região de Cáceres-MT", trata-se de estudo qualitativo de abordagem descritiva e exploratória. Utilizará como método a Teoria das Representações Sociais (TRS) de Serge Moscovici. O cenário para este estudo serão as unidades de atendimento à criança de dois Hospitais Escolas do município de Cáceres – MT. Os sujeitos do estudo serão os enfermeiros dos setores de atenção à criança dos turnos diurno e noturno com mais de seis meses de atuação no setor.

Objetivo da Pesquisa:**OBJETIVO GERAL**

Conhecer as representações sociais- RS acerca da SAE dos enfermeiros que atuam no cuidado à criança em dois (2) hospitais escolas da cidade de Cáceres–MT. afim de refletir sobre a importância do emprego da SAE no planejamento das ações de enfermagem.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apreender o conteúdo das representações sociais dos enfermeiros acerca SAE;
- Apreender a estrutura das Representações Sociais dos enfermeiros acerca da SAE.
- Apontar de que modo, local e momento do percurso profissional essas representações foram

Endereço: Av. Tancredo Neves, 1095

Bairro: Cavahada II

CEP: 78.200-000

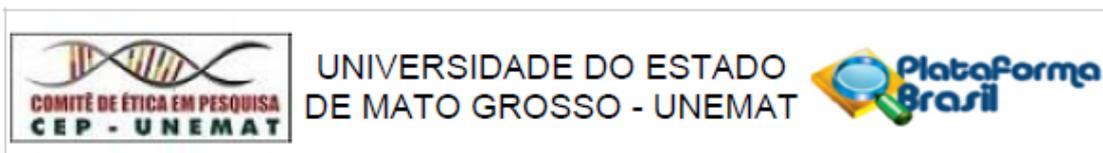
UF: MT

Município: CACERES

Telefone: (65)3211-0085

Fax: (65)3222-3908

E-mail: cep@unemat.br



Continuação do Parecer: 1.065.610

forjadas .

- Identificar o grau de conhecimento dos enfermeiros acerca da SAE.
- Identificar quais os aspectos facilitadores e dificultadores para a utilização da SAE nos diferentes espaços de cuidado a criança.
- Relacionar as RS apreendidas ao conhecimento e o cuidado prestado nas clínicas de atenção à criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Um possível risco associado a participação neste estudo é o de constrangimento durante a aplicação da entrevista. Os pesquisadores durante o desenvolvimento desta fase da pesquisa se comprometem em reduzir este risco de incomodo.

Benefícios:

A participação nesta pesquisa não gerará benefícios direto a participante. Entretanto, espera-se que este estudo traga informações importantes sobre a prática do enfermeiro de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa fortalecer a Sistematização da Assistência de Enfermagem à crianças. O pesquisador se compromete ao máximo em reduzir os riscos favorecendo os benefícios nesta pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

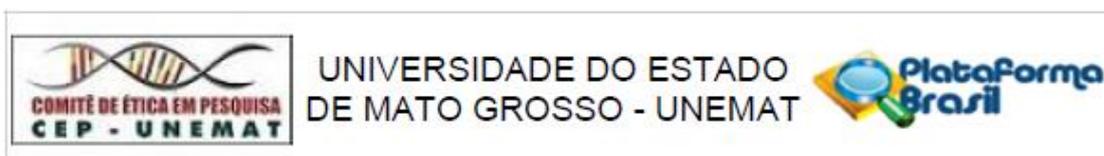
A pesquisa apresenta:

- Respeito aos participantes da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida;
- Ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;
- Garantia de que danos previsíveis serão evitados; e
- Relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados de acordo com as exigências da resolução 466/2012 e a Norma Operacional 001/2013 do CNS-Conselho Nacional de Saúde.

Endereço: Av. Tancredo Neves, 1095
 Bairro: Cavahada II CEP: 78.200-000
 UF: MT Município: CACERES
 Telefone: (65)3211-0085 Fax: (65)3222-3908 E-mail: cep@unemat.br



Continuação do Parecer: 1.065.610

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Mato Grosso CEP/UNEMAT após análise do protocolo em comento, de acordo com a resolução 466/2012 e a Norma Operacional 001/2013 do CNS, é de parecer que não há restrição ética para o desenvolvimento da pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CACERES, 15 de Maio de 2015

Assinado por:
Claumir Cesar Muniz
 (Coordenador)

Endereço: Av. Tancredo Neves, 1095
Bairro: Cavahada II **CEP:** 78.200-000
UF: MT **Município:** CACERES
Telefone: (65)3211-0085 **Fax:** (65)3222-3908 **E-mail:** cep@unemat.br