

RINALDO DE SOUZA NEVES

**ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE:
UM ESTUDO DE CASO**

BRASÍLIA, 2010

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

RINALDO DE SOUZA NEVES

**ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE:
UM ESTUDO DE CASO**

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Helena Eri Shimizu

BRASÍLIA

2010

RINALDO DE SOUZA NEVES

**ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE:
UM ESTUDO DE CASO**

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Helena Eri Shimizu

Aprovado em _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

**Prof.^a Dr.^a Helena Eri Shimizu (FS/UnB)
(Presidente)**

**Prof.^a Dr.^a Cristine Alves Costa de Jesus (FS/UnB)
(Membro Efetivo)**

**Prof.^a Dr.^a Raquel Rapone Gaidzinski (USP)
(Membro Efetivo)**

**Prof. Dr.^o Aldry Sandro Monteiro (UNIP)
(Membro Efetivo)**

**Prof.^a Dr.^a Valéria Bertonha Machado (FS/UnB)
(Membro Efetivo)**

**Prof.^a Dr.^a Maria Márcia Bachion (UFG)
(Membro Suplente)**

Dedico esta obra a Deus, pela vida, pela saúde, pelo amor, pela família, pelo trabalho, pelos amigos, enfim, pela simples oportunidade de “viver, respirar e amar”.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, da sabedoria, da paz e da alegria de viver.

Aos meus pais, Delmira de Souza Neves e José Bruno Neves, aos quais devo minha vida e a razão de poder estar na UnB, aprendendo, conhecendo, vivendo e transformando meu modo de “ser”.

Aos meus amados irmãos, Reginaldo de Souza Neves, Rosilane de Souza Neves e Rejane de Souza Neves Correia, que, nos últimos anos, entenderam o meu distanciamento, para completar mais essa etapa de minha vida profissional.

À turma dos “R”, meus amados sobrinhos: Rosane Achilla Vasconcelos de Souza, Rayanne Souza dos Santos, Roger Millon Vasconcelos de Souza, Ritiele Neves Roquini, Ruan Gabriel Vasconcelos de Souza, Rhyan Pietro de Souza Guimarães e Rikaele Neves Roquini. Peço a Deus, que os proteja sempre e lhes dê muita paz, saúde e sabedoria.

Aos meus cunhados(as), Fernando Correia Gomes, Maria das Dores Vasconcelos de Souza e Wesley Nunes Roquini, sempre presentes nos momentos de alegria e de dor.

Ao meu amigo e companheiro, Paulo Sérgio de Paula Silveira, que muitas vezes me proporcionou momentos de alegria e de “paradas”, necessários para dar “fôlego” e continuidade ao trabalho árduo e desafiador.

À minha Orientadora, Professora Doutora Helena Eri Shimizu, que, com sabedoria, paciência e conhecimento, tornou-se responsável por esse caminho trilhado desde a elaboração do projeto até à finalização de todo esse “processo”.

Às Professoras Doutoras Cristine Alves Costa de Jesus e Jane Lynn Garrison Dytz, que muito contribuíram com suas críticas para a construção deste trabalho, durante o Exame de Qualificação. À Professora Doutora Maria da Glória Lima, pelo estímulo a continuar crescendo profissionalmente.

À Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Distrito Federal (Gestão 2007/2010), que compreendeu esse momento, aceitando meu afastamento provisório para concluir este estudo.

Aos Enfermeiros das Unidades de Reabilitação, de Cuidados Paliativos, de Onco-hematologia Pediátrica e de Coagulopatia do Hospital em estudo, que permitiram encontrar respostas para minhas indagações e que se empenham para a

melhoria da qualidade da Assistência de Enfermagem, fazendo a diferença no serviço público de saúde do Distrito Federal.

À Enfermeira Ana Paula Moreira Lisboa, ex-Chefe do Núcleo de Enfermagem desse Hospital, que me motivou nesta caminhada, liberando parte da carga horária de serviço para minha dedicação a este trabalho.

Aos Enfermeiros Wellington Antônio da Silva, Eliza Regina Mello, Cristiane Nêris Abade e Ikuyo Nakamura, “líderes, motivadores e sábios”, atores importantes para essa minha trajetória profissional.

Às amigas Edna Venzi G. de Moraes, Marcilene Marília dos Santos e Tânia Leandro de Jesus, que ajudaram na etapa de coleta dos dados.

A Maria Emília G. Gonçalves, pela revisão cuidadosa e atenciosa aos textos finais.

Ao Psicólogo, Aldry Sandro Monteiro, pelo auxílio na compreensão do Alceste e mergulho na Teoria das Representações Sociais.

Ao Comunicador, Elias Rodrigues de Sousa, pelo apoio e formatação final dos textos e figuras.

A Edigrês Alves de Sousa, Colaboradora do Departamento de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, sempre atenta aos problemas dos estudantes e pronta para buscar soluções. Meu carinho especial, por ter me auxiliado a chegar até aqui.

Aos meus amigos(as) Maria Goreti de Lima, Stella Maris Hildebrand, Osvaldino Batista, Mozart Freitas, Land Figueiredo e Zulmira Maria Barroso da Costa, pela amizade, estímulo, carinho e companhia em todos os momentos, principalmente aqueles regados de harmonia, alegria e boas “risadas”.

À Funcionária Patrícia Gomes de Oliveira, Secretária da Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Brasileira (ABEn-Nacional), sempre atenciosa e disponível para ajudar nos momentos difíceis.

À Bibliotecária Sônia Kasuko Sakai Teixeira, que colaborou na revisão bibliográfica e acompanhou diferentes emoções dessa caminhada.

Ao amigo Francisco Lima, pelo apoio e ajuda na organização das entrevistas.

À amiga Fernanda da Silva Caixeta, pela presença diária e pelos cuidados pessoais.

Aos Membros da Comissão Examinadora: Prof^a. Dr^a. Helena Eri Shimizu, Prof^a. Dr^a. Cristine Alves Costa de Jesus, Prof^a. Dr^a. Raquel Rapone Gaidzinski, Prof. Dr. Aldry Sandro Monteiro, Prof^a. Dr^a. Maria Márcia Bachion, Prof^a. Dr^a. Valéria Bertonha Machado, pela disponibilidade, contribuições, apontamentos, críticas e direcionamento.

Ao João Esse Corrêa de Andrade, pela arte e criatividade na confecção dos desenhos perfeitos que ilustraram este trabalho.

“Cuidado é algo inerente ao ser humano. É olhar com olhos interessados, falar com verdade e ouvir com compaixão. É, para nós enfermeiros, realizar o trabalho com vontade de fazer o melhor, de proporcionar o melhor e de obter o melhor resultado”.

(Gasperi e Raduns, 2005)

RESUMO

NEVES, R. S. **Análise do processo de implementação da sistematização da assistência de enfermagem: um estudo de caso**, 2010. 293 p. Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília – DF.

Este estudo analisa o processo de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em um hospital público e especializado da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. O caminho metodológico adotado é o Estudo de Caso com a utilização de triangulação de métodos e técnicas. A primeira etapa descreve a história da implementação da SAE, utilizando-se das técnicas de análise documental e história oral temática, por meio de entrevistas individuais com os ex-Chefes do Núcleo de Enfermagem no período de 1994 a 2007. A segunda etapa analisou o processo de operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem, por meio de análise retrospectiva dos prontuários, para verificar a execução das etapas do Histórico, Prescrição, Evolução e o registro da Anotação de Enfermagem. Na terceira etapa, buscou-se conhecer as representações sociais dos enfermeiros acerca da SAE. Utilizando-se um roteiro semiestruturado, foram realizadas 15 entrevistas, analisadas em um programa denominado “Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto (Alceste)”. Da história da implementação da SAE, depreendem-se quatro importantes períodos, denominados: “O Nascimento da SAE em Busca da Valorização da Função Assistencial do Enfermeiro (Gestão 1994/1998)”, “A Continuidade do Processo da SAE e os Avanços na Infraestrutura (Gestão 1998/2000)”, “O Reconhecimento da SAE como Importante Instrumento do Cuidado (Gestão 2000/2001)” e “A Implantação da Etapa do Diagnóstico de Enfermagem e da Consulta de Enfermagem (Gestão 2001/2007)”. Em relação aos formulários, constatou-se que o Histórico, a Prescrição e a Evolução de Enfermagem foram as etapas mais preenchidas pelos enfermeiros. Quanto à etapa de Diagnóstico de Enfermagem, observou-se que esta não é realizada em nenhuma das Unidades. As Anotações de Enfermagem, por sua vez, apresentam-se incompletas ou não são realizadas. Constatou-se, inclusive, a ausência do registro dos cuidados, tais como: verificação dos sinais vitais, supervisão da mobilidade no leito, mudança de decúbito, eliminações urinárias e higiene oral e preenchimento incompleto dos registros relacionados ao banho de aspersão, refeições e eliminações intestinais. Com relação à Consulta de Enfermagem, foram identificados 22% de prontuários com registro dessa etapa. O roteiro utilizado pelos enfermeiros para a execução dessa Consulta estava mais centrado no diagnóstico médico e no tratamento da doença. No que tange às Representações Sociais da SAE, o *software* “Alceste” apreendeu dois eixos temáticos. O primeiro, que evidenciou “Os modos de cuidar do cliente”, foi composto pela classe 1, denominada “O registro do cuidado”, e pela classe 4, que destaca “A prática do cuidado”. O segundo eixo temático, denominado “As dificuldades para operacionalização da SAE”, foi constituído pela classe 2, que contemplou “As dificuldades intrainstitucionais”, e pela classe 3, que se centrou em “As limitações extrainstitucionais” para a implementação da SAE. Destaca-se que embora a SAE tenha sido priorizada como um instrumento do processo de trabalho do enfermeiro para o gerenciamento do cuidado a sua

implementação ocorreu de forma bastante fragmentada. Percebe-se uma desarticulação entre a dimensão gerencial e a dimensão assistencial, pois os enfermeiros têm utilizado esse método de trabalho de forma burocrática, acrítica e sem reflexão para a transformação da prática.

Palavras-chave: Processos de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Serviços de Enfermagem; Planejamento de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

NEVES, R. S. **Analysis of the implementation process of the nursing assistance systematization: a case study, 2010.** 293 p. Doctoral Thesis – Health Science Faculty, University of Brasilia, Brasilia – DF.

This study analyzes the Nursing Assistance Systematization process in a specialized public hospital of the Federal District' Health Secretariat. Its methodology dealt with a case study and the triangulation of methods and techniques. The first stage consisted of an historical description using documental analysis techniques, verbal history content and thematic, and interviews with the ex-heads of the Nursing Unit from 1994 and 2007. The second stage evaluated the execution of the operationalization of the Nursery Assistance Systematization thru a retrospective analysis of the records to verify the implementation of the Historical documents, Prescription, Evolution and Notation phases. In the third stage, it was sought to acquaint the social representation of the nurses about SAE. With the help of semi structured questionnaire, 15 interviews were done and its following statistical analysis using "*Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto (Alceste)*" computer software. All the material was interpreted under the perspective of Hermeneutics-Dialectic. The history of SAE implementation was described in four periods: "The Birth of SAE seeking to promote the valorization of the Nurse Assistance Function (1994/1998 Administration)", "SAE Process continuation and following Infrastructure Advances (1998/2000 Administration)", "The Recognition of SAE as Important Care Instrument (2000/2001 Administration)" and "Continuous Nursing Education funding for SAE Implementation (2001/2007 Administration)". It was perceived that Historical documents, Nursing Prescription, and Notation were the stages most valued by the nurses. The stage of Descriptions wasn't accomplished in any Unit. It was perceived an absence in fulfilling data related with vital signals, supervision of mobility in the bedstead, position changing, urine eliminations and oral hygiene and incomplete fulfilling of care related with aspersion baths, meals and intestinal eliminations. Only 22% of the Nursing Attention records were found for this phase. The nurses proceeding for this phase were more oriented to the medical diagnosis and disease treatment. The Alceste Software recognized two thematic axles: The first, composed by Group 1 – Care Register and Group 4 – Care Practice, deals with "Customer Care attention", and the second one, composed by Group 2 - Intra-institutional difficulties and Group 3 - Extra-institutional limitations, deals with "SAE operationalization difficulties". It has to be pointed out that, albeit SAE has been prioritized as an instrument for the nurse working process to manage care, its implementation was too much fragmentary. It was perceived a lack of coordination between the management unit and the care unit, because the nurses have been using SAE model in a bureaucratic fashion, without self-criticism and reflection to transform the daily practices.

Keywords: Nursing process; Nursing care; Nursing services; Planning patient care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Classificação das Necessidades Humanas Básicas de Horta.....	60
Quadro 2 -	Critérios de inclusão e exclusão de prontuários das Unidades de Internação, para análise retrospectiva documental de um hospital público do Distrito Federal – Brasília – 2009.....	88
Quadro 3 -	Critérios de inclusão e exclusão para entrevistas com os enfermeiros assistenciais e supervisores das Unidades de Internação de um hospital público do Distrito Federal – Brasília – 2009	92
Quadro 4 -	Variável dos sujeitos enfermeiros utilizada na análise fatorial de correspondência do Alceste	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das etapas e formulários da Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Unidades de Internação de um hospital público do Distrito Federal – Brasília – 2006/2007.....	82
Tabela 2 -	Distribuição dos tipos de documentos que compuseram a amostra de análise documental do estudo – Brasília – 2006/2007.....	85
Tabela 3 -	Distribuição das condições gerais de preenchimento do formulário “Histórico de Enfermagem” nas Unidades de Reabilitação, Cuidados Paliativos, Coagulopatia e Onco-hematologia Pediátrica de um hospital público do Distrito Federal – Brasília – 2006/2007.....	138
Tabela 4 -	Distribuição dos impressos e situação de preenchimento por subcategorias de Necessidades Humanas Básicas do formulário “Histórico de Enfermagem” nas Unidades de Reabilitação e Cuidados Paliativos de um hospital público do Distrito Federal – Brasília – 2006/2007.....	141
Tabela 5 -	Distribuição dos critérios de análise relativos à etapa de Prescrição de Enfermagem nas Unidades de Reabilitação, Cuidados Paliativos, Coagulopatia e Onco-hematologia Pediátrica de um hospital público do Distrito Federal – Brasília – 2006/2007.....	148
Tabela 6 -	Distribuição das condições gerais de preenchimento do formulário de “Evolução de Enfermagem” nas Unidades de Reabilitação, Cuidados Paliativos, Coagulopatia e Onco-hematologia Pediátrica de um hospital público do Distrito Federal – Brasília – 2006/2007.....	152

Tabela 7 -	Distribuição do impresso e situação de preenchimento por subcategorias de Necessidades Humanas Básicas do formulário “Evolução de Enfermagem Padronizada” na Unidade de Reabilitação de um hospital público do Distrito Federal – Brasília – 2006/2007.....	155
Tabela 8 -	Distribuição das condições gerais de preenchimento do formulário de “Anotação de Enfermagem” nas Unidades de Reabilitação, Cuidados Paliativos e Onco-hematologia Pediátrica de um hospital público do Distrito Federal – Brasília – 2006/2007.....	158
Tabela 9 -	Preenchimento da Consulta de Enfermagem na Unidade de Onco-hematologia Pediátrica de um hospital público do Distrito Federal – Brasília – 2006/2007.....	164
Tabela 10 -	Características da população estudada dos enfermeiros entrevistados de um hospital público da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – Brasília – 2006/2007.....	168
Tabela 11 -	Distribuição das classes UCE, palavras consideradas e percentual das classes 1, 2, 3 e 4 geradas pelo Alceste – Brasília – 2009.....	169
Tabela 12 -	Formas reduzidas e contexto semântico com maior grau de associação à classe 1 – O registro do cuidado.....	174
Tabela 13 -	Formas reduzidas e contexto semântico com maior grau de associação à classe 4 – A prática do cuidado.....	191
Tabela 14 -	Formas reduzidas e contexto semântico com maior grau de associação à classe 2 – As dificuldades intrainstitucionais.....	203
Tabela 15 -	Formas reduzidas e contexto semântico com maior grau de associação à classe 3 – As limitações extrainstitucionais.....	212

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	- Associação Brasileira de Enfermagem
AFC	- Análise Fatorial de Correspondência
CBEn	- Congresso Brasileiro de Enfermagem
CCIH	- Comissão de Controle em Infecção Hospitalar
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CIE	- Conselho Internacional de Enfermagem
CIPE	- Classificação das Práticas de Enfermagem
CIPESC	- Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
CHD	- Classificação Hierárquica Descendente
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
COREN	- Conselho Regional de Enfermagem
DE	- Departamento de Enfermagem
DF	- Distrito Federal
EA	- Enfermeiro Assistencial
EEUSP	- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EIC	- Enfermeiros Informantes-Chaves
ES	- Enfermeiro Supervisor
FEPECS	- Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
GE	- Gerência de Enfermagem
HU-USP	- Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
MAE	- Metodologia da Assistência de Enfermagem
NANDA	- <i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NE	- Núcleo de Enfermagem
NHBs	- Necessidades Humanas Básicas
NIC	- <i>Nursing Interventions Classification</i>
NNE	- Núcleo Normativo de Enfermagem
NOC	- <i>Nursing Outcomes Classification</i>
NRCA	- Núcleo de Regulação, Controle e Avaliação
PE	- Processo de Enfermagem

PMTUAS	- Programa de Modernização Tecnológica das Unidades Assistenciais de Saúde
REBEn	- Revista Brasileira de Enfermagem
RS	- Representações Sociais
SAE	- Sistematização da Assistência de Enfermagem
SE	- Supervisão de Enfermagem
SES	- Secretaria de Estado de Saúde
SINADEn	- Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem
SUS	- Sistema Único de Saúde
TRS	- Teoria das Representações Sociais
UC	- Unidade de Coagulopatia
UCE	- Unidades de Contexto Elementar
UCI	- Unidades de Contexto Inicial
UCP	- Unidade de Cuidados Paliativos
UnB	- Universidade de Brasília
UOHP	- Unidade de Onco-hematologia Pediátrica
UR	- Unidade de Reabilitação
USP	- Universidade de São Paulo
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Síntese da contextualização histórica do Processo de Enfermagem no mundo e no Brasil.....	47
Figura 2 - Síntese do histórico de implementação da SAE no cenário em estudo.....	135
Figura 3 - Resultado da análise fornecida pelo Alceste, evidenciando as relações e a força de correlação interclasses no interior do <i>corpus</i>	170
Figura 4 - Resultado da análise fornecida pelo Alceste, indicando dois eixos subdivididos em 4 classes e suas percentagens no interior do <i>corpus</i>	172
Figura 5 - Projeção das palavras analisadas no plano fatorial a partir das variáveis.....	217

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	20
1 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	23
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO MUNDO E NO BRASIL.....	38
1.2 DIFERENÇAS CONCEITUAIS DOS TERMOS UTILIZADOS NA ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO BRASIL	47
1.2.1 Sistematização da Assistência de Enfermagem Enquanto Sistema.	48
1.2.2 Sistematização da Assistência de Enfermagem Enquanto Processo.....	50
1.2.3 Sistematização da Assistência de Enfermagem Enquanto Método..	53
1.3 ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	54
1.4 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS E A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	58
1.4.1 Necessidades Psicobiológicas	60
1.4.2 Necessidades Psicossociais	63
1.4.3 Necessidades Psicoespirituais	64
1.5 PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM E A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	65
1.6 CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS PARA O ESTUDO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	71
1.7 QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS DO ESTUDO.....	76
2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	79
2.1 TIPO DE PESQUISA	79
2.2 CAMPO DE ESTUDO	80
2.2.1 Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Unidades de Internação	82
2.3 ETAPAS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS	84
2.3.1 Unidade de Reabilitação	89
2.3.2 Unidade de Cuidados Paliativos	90
2.3.3 Unidade de Coagulopatia.....	91
2.3.4 Unidade de Onco-Hematologia Pediátrica	91
2.4 ANÁLISE DOS DADOS	95

3 O HISTÓRICO DE IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERÍODO DE 1994 A 2007.....	99
3.1 O NASCIMENTO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM BUSCA DA VALORIZAÇÃO DA FUNÇÃO ASSISTENCIAL DO ENFERMEIRO (GESTÃO 1994/1998).....	99
3.2 A CONTINUIDADE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E OS AVANÇOS NA INFRAESTRUTURA (GESTÃO 1998/2000)	111
3.3 O RECONHECIMENTO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO IMPORTANTE INSTRUMENTO DO CUIDADO (GESTÃO 2000/2001).....	115
3.4 A IMPLANTAÇÃO DA ETAPA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E DA CONSULTA DE ENFERMAGEM (GESTÃO 2001/2007).....	118
4 OPERACIONALIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO	137
4.1 A ETAPA DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	137
4.2 A ETAPA DA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM.....	147
4.3 A ETAPA DA EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	151
4.3.1 Anotação de Enfermagem	157
4.3 A CONSULTA DE ENFERMAGEM	164
5 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	168
5.1 EIXO 1 – OS MODOS DE CUIDAR DO CLIENTE.....	173
5.1.1 Classe 1 – O Registro do Cuidado	173
5.1.2 Classe 4 – A Prática do Cuidado	190
5.2 EIXO 2 – AS DIFICULDADES PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA SAE	202
5.2.1 Classe 2 – As Dificuldades Intrainstitucionais	202
5.2.2 Classe 3 – As Limitações Extrainstitucionais.....	211
5.3 ANÁLISE DA POSIÇÃO DOS SUJEITOS ENFERMEIROS EM RELAÇÃO AO REFERENCIAL TEÓRICO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	217
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	223
REFERÊNCIAS.....	229
APÊNDICES.....	251
APÊNDICE A – PESQUISA: ANÁLISE DE DOCUMENTOS DO PERÍODO DE 1994 A 2007.....	252
APÊNDICE B – PESQUISA: Roteiro para entrevistas com os enfermeiros informantes chaves (EIC).....	260

APÊNDICE C – PESQUISA: TERMO DE CONSENTIMENTO DOS ENFERMEIROS INFORMANTES CHAVES (EIC) PARA GRAVAÇÃO DAS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS.....	261
APÊNDICE D – ANÁLISE DE CONTEÚDO DA ENTREVISTA COM ENFERMEIRO INFORMANTE CHAVE (EIC) 1.....	263
APÊNDICE E – ANÁLISE DA SAE NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO.....	278
APÊNDICE F – PESQUISA: TERMO DE CONSENTIMENTO DOS ENFERMEIROS SUPERVISORES (ES) E ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS (EA) PARA GRAVAÇÃO DAS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS.....	289
APÊNDICE G – PESQUISA: ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM OS ENFERMEIROS SUPERVISORES (ES) E ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS (EA) DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO.....	291
ANEXO.....	292
ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FEPECS/SES-DF.....	293

APRESENTAÇÃO

Ao longo dos anos, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tem sido adotada como prática de organização da assistência de enfermagem em alguns cenários de saúde do Brasil. Esses cenários e seus atores sociais produzem contextos peculiares, nos quais são produzidos fatores impulsores e restritivos à SAE. Desta forma, apresentamos a tese **Análise do Processo de Implementação da SAE: Um Estudo de Caso**, que está organizada em seis capítulos, na tentativa de compreender sua história, etapas e significados.

O Capítulo 1 – **A construção do objeto de estudo** – apresenta o ponto de partida das inquietações do autor, bem como a construção do referencial teórico sobre a SAE, a contextualização histórica do Processo de Enfermagem (PE) no Brasil e no mundo, suas diferenças conceituais, suas etapas e sua relação com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHBs) e com o processo de trabalho em Enfermagem.

O Capítulo 2 – **Trajetória metodológica** – justifica a eleição do referencial teórico, desde o tipo de pesquisa, o campo do estudo, a operacionalização das etapas da SAE nas Unidades de Internação, as etapas e procedimentos para coleta dos dados, a análise dos dados e contribuições da Teoria das Representações Sociais para o estudo da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

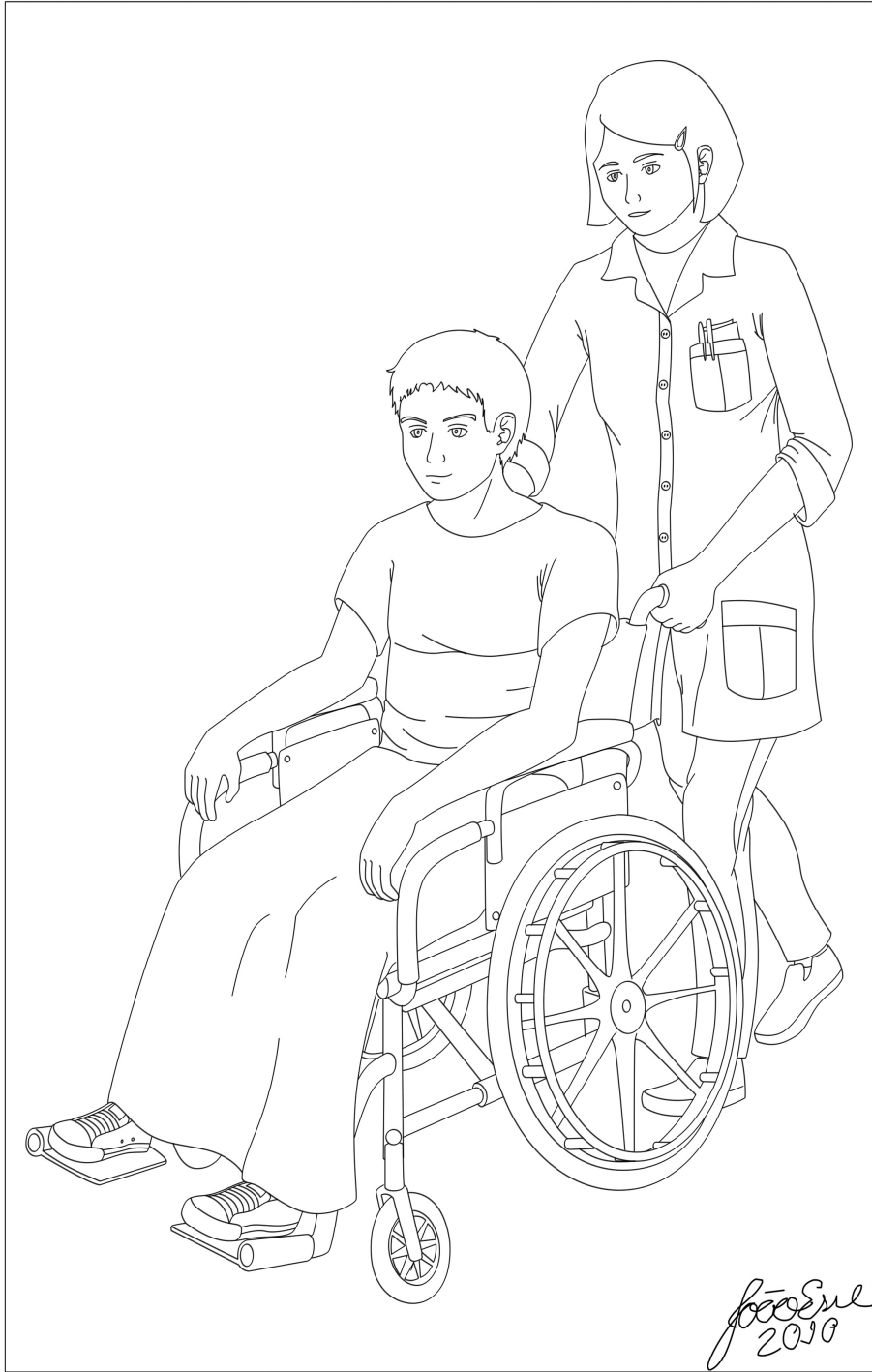
O Capítulo 3 – **O histórico de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no período de 1994 a 2007** – descreve os fatos e eventos históricos que determinaram o processo de (re)construção dessa metodologia de trabalho pelos Chefes do Núcleo de Enfermagem em quatro gestões, denominadas: “O nascimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem em busca da valorização da função assistencial do enfermeiro” (Gestão 1994/1998), “A continuidade do processo da Sistematização da Assistência de Enfermagem e os avanços na infraestrutura” (Gestão 1998/2000), “O reconhecimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem como importante instrumento do cuidado” (Gestão 2000/2001) e “A implantação da etapa do Diagnóstico de Enfermagem e da Consulta de Enfermagem” (Gestão 2001/2007).

O Capítulo 4 – **Operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Unidades de Internação** – apresenta o preenchimento e a realização das etapas da SAE, quais sejam, o Histórico, a Prescrição e a Evolução, como também do registro da Anotação de Enfermagem, nas Unidades de Internação, buscando avaliar o contexto de sua aplicação na clientela pelos enfermeiros supervisores e assistenciais.

O Capítulo 5 – **Representações Sociais da Sistematização da Assistência de Enfermagem** – (re)significa a prática da SAE em dois eixos: os modos de cuidar do cliente e as dificuldades para operacionalização da SAE; e quatro classes, a saber: o registro do cuidado, a prática do cuidado, as dificuldades intrainstitucionais e as limitações extrainstitucionais.

O Capítulo 6 – **Considerações Finais** – apresenta as principais fragilidades e fortalezas para reorganizar essa metodologia assistencial no cenário hospitalar, bem como as conclusões do estudo.

Finalizando, faz-se um convite a você, caro leitor, para percorrer os caminhos do conhecimento, que, por um lado, se expressa no cotidiano das práticas vivenciadas pelos enfermeiros e, por outro, se explica por meio das evidências científicas da temática “SAE”.



1 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Este estudo tem como objeto de pesquisa a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE –, em um hospital público da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES-DF. Trata-se de uma metodologia de planejamento, organização e execução de ações de Enfermagem.

Tal metodologia, aplicada com o objetivo de qualificar a Assistência de Enfermagem, ao longo de 14 anos de sua implantação, recebeu um criterioso acompanhamento dos membros da Equipe de Enfermagem, de modo que estes discutiam, tão logo identificados, as dificuldades e problemas que passaram a interferir na sua prática, como demonstram outros estudos. As maiores dificuldades apontadas têm sido: falta de pessoal de Enfermagem, de tempo para a realização das atividades da SAE e de preparo técnico e científico para a realização do exame físico, além da inadequação tanto dos formulários de coleta de dados quanto da digitação da Prescrição de Enfermagem, isto sem contar com a pouca valorização pelos membros da Equipe de Enfermagem para poderem ser realizadas as etapas da SAE (NAKAMURA et al., 2002).

Vale lembrar que essa metodologia foi introduzida inicialmente nas décadas de 1920 e 1930, nos cursos de Enfermagem, particularmente no ensino dos estudos de caso e no planejamento de cuidados individualizados (HENDERSON, 1973; ROSSI, 1997). Posteriormente, o Processo de Enfermagem (PE) passou a ser utilizado como instrumento de planejamento e execução da Prática de Enfermagem, sendo especialmente denominada de “Plano de Cuidados”. Paralelamente, já havia, à época, a preocupação de se introduzirem os princípios científicos na referida prática, quando, então, o PE passou a ser utilizado como um método científico para organizar os cuidados atinentes a essa área da ciência da Saúde.

No Brasil, o PE começou a ser implantado, com maior ênfase, em alguns Serviços de Enfermagem, nas décadas de 1970 e 80 (MARIA et al., 1987; CAMPEDELLI et al., 2000; SILVA, 2004). Nessa época, a “Teoria das Necessidades Humanas Básicas – NHBs”, de Wanda de Aguiar Horta, influenciou a aplicação do Processo de Enfermagem-PE nas instituições de Saúde e no ensino de Enfermagem.

Há que se destacar que, na época (década de 80), a maioria dos serviços buscava implantar apenas algumas etapas do PE proposto por Horta, principalmente o Histórico, a Prescrição e a Evolução de Enfermagem. Todavia, embora houvesse a tentativa de se organizar, de forma mais sistematizada, a Assistência de Enfermagem, as instituições de Saúde e os profissionais estavam pouco preparados para a implantação da SAE. De um lado, os serviços de Saúde não dispunham de recursos humanos em quantidade adequada para a operacionalização das diversas ações requeridas pela SAE e, de outro, os enfermeiros e os demais elementos da Equipe não haviam recebido formação adequada para a realização de suas etapas.

Ao longo dos anos, diversas Teorias de Enfermagem surgiram para fundamentar cientificamente as metodologias de organização de tal assistência. Nesse percurso, foi introduzido o Diagnóstico de Enfermagem, como uma classificação da Prática de Enfermagem e como uma das etapas da SAE, que serviu como elo para a determinação das intervenções e para os problemas de Enfermagem identificados (WESTPHALEN; CARRARO, 2001).

Convém chamar atenção para o fato de que as formas de gerenciamento do processo de cuidar, historicamente adotadas pelos enfermeiros, são pautadas na Teoria da Administração Científica e Clássica (SHIMIZU, 2000), apresentando como características a rigidez no trabalho, a divisão nas tarefas, o controle das atividades e a ênfase na produtividade. Tais formas dificultam a co-gestão, particularmente na execução da SAE, em que o enfermeiro “pensa” e o auxiliar e técnico de Enfermagem “executa” as ações que compõem essa metodologia de trabalho.

Atualmente, apesar de vários serviços de Enfermagem terem implantado a SAE, parcialmente ou na sua totalidade (TAKAHASHI et al., 2008; POKORSKI et al., 2009; AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009), a grande maioria dos hospitais ainda utiliza essa metodologia de forma fragmentada, incompleta, superficial, inconsistente, burocrática, descontínua, mecanizada, rotineira e sem uniformidade (ROSSI, 2001; CUNHA, 2005; BARROS, 2007; CARVALHO et al., 2007; MOURA, 2008), visto que a prioridade dos serviços é o cumprimento de tarefas, em detrimento de um cuidado centrado nas necessidades dos indivíduos (ALVES; LOPES; JORGE, 2008).

Como justificativa para este estudo, espera-se que o enfermeiro, por meio da SAE, possa buscar a cientificidade da profissão, tornando-a visível e imprescindível para a sociedade, além de poder vir a delimitar o seu papel profissional nos serviços de saúde e na história da profissão. A metodologia apresentada permite o crescimento, a valorização e a autonomia do enfermeiro, possibilitando ainda o atendimento planejado e individualizado ao cliente, além de viabilizar um aumento da qualidade da Assistência de Enfermagem nas Unidades de Saúde.

Assim, se efetivamente praticada, a SAE proporciona ao enfermeiro avaliar a qualidade da assistência prestada, justificando a Enfermagem como ciência pela aplicação de conceitos e teorias próprias, fundamentados aqueles e estas nas ciências biológicas, físicas, comportamentais e humanas, sempre presentes no processo de cuidar.

Segundo Maria (2001) e Sena et al. (2001), o maior benefício que a metodologia em foco resgata para a profissão é o conhecimento científico próprio da Enfermagem. Desta forma, o PE é entendido como uma alternativa para que os enfermeiros alcancem um status profissional mediante a realização de uma prática científica (FORD; WALSH, 1995).

É sabido que a cientificidade, associada ao desenvolvimento e aprimoramento de habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, acentua o crescimento profissional, aumentando, por conseguinte, a satisfação, a valorização e a autoestima do enfermeiro (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

A implantação do PE, portanto, vem contribuir para o entendimento do trabalho do enfermeiro e a elevação de sua credibilidade perante o paciente, seus familiares, a própria classe, os demais profissionais de saúde e toda a comunidade. Com autonomia em seus atos, esse profissional da saúde passa a ser um elemento indispensável nas ações preventivas e de recuperação do paciente (MARIA, 1997).

Essa implantação permite, por meio dos registros, que se estabeleçam as prioridades assistenciais e que os enfermeiros desenvolvam atividades que lhes são privativas, sendo que uma das maiores dificuldades enfrentadas por esses profissionais no seu cotidiano é a execução de atividades que são de atribuição de outros elementos da equipe multidisciplinar. A SAE atua como um instrumento para o desenvolvimento das atividades do enfermeiro, sendo, dessa forma, vista como norteadora da Assistência de Enfermagem em todo o âmbito de ação dessa profissão da área de Saúde (CIANCIARULLO et al., 2001).

E tem mais: a utilização do PE traz implicações para essa profissão, para o cliente e para o enfermeiro em particular. Profissionalmente, o PE define o alcance da prática da referida profissão e identifica padrões de cuidados de Enfermagem (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Para Alfaro-Lefevre (2000), como método sistemático de prestação de cuidados, o PE tem importância fundamental na obtenção de resultados que possam refletir a assistência sistematizada e humanizada, à medida que o enfermeiro planeja e proporciona cuidados em que são considerados os interesses, os ideais e os desejos do cliente.

O PE faz ainda com que o enfermeiro se aproxime do paciente por meio dos registros e na implementação de ações em todas as suas fases (CIANCIARULLO et al., 2001). Além disso, o paciente beneficia-se com o uso desse processo, uma vez que se sente estimulado a participar dos cuidados (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Sheehan (1991), Rossi (1997) e Lima (2004) apontam para os aspectos positivos em relação à utilização da SAE, tais como o mérito de proporcionar segurança no planejamento, execução e avaliação das condutas de Enfermagem, possibilitando, assim, a individualização da assistência. Por delimitar de forma clara o âmbito de atuação dos profissionais dessa área, tal método garante visibilidade e autonomia ao enfermeiro, no papel de coordenador do Plano de Cuidados, tornando-o referência para o paciente e para a Equipe de Enfermagem.

Segundo Rossi e Dalri (1993), quando o PE é praticado como uma forma de investigação, ele motiva o enfermeiro a desenvolver um tipo de pensamento que leva a julgamentos na forma de Diagnósticos de Enfermagem, fornecendo, assim, uma base segura para a assistência nessa área.

A partir de um estudo sobre as concepções de enfermeiros docentes e assistenciais sobre o PE, Sheehan (1991) encontrou concordância quanto a alguns aspectos comuns que caracterizam esse tipo de abordagem, quais sejam: a abordagem de solução de problemas, a abordagem sistemática de alguns componentes, como “a coleta de dados, a avaliação e a implementação”.

Na organização do serviço, a possibilidade do conhecimento prévio do que pode acontecer com o paciente e, a partir disso, o planejamento de uma ação por meio do PE, bem como a melhora da qualidade da assistência, são razões apontadas para a sua operacionalização (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993; ROSSI, 1997).

Desse modo, vê-se que a SAE tem importância fundamental em três dimensões. A primeira está relacionada com a profissão, pois possibilita o desenvolvimento científico da Prática da Enfermagem, tornando-a uma ciência. A segunda, por sua vez, está relacionada com o crescimento e autonomia do profissional enfermeiro, tornando suas atividades visíveis e necessárias para a área de Saúde. E, por fim, a terceira relaciona-se com a prestação de uma assistência planejada, individualizada e humanizada ao cliente, à família e à comunidade.

Alguns requisitos, além de serem imprescindíveis para a implantação e implementação da SAE, estão relacionados com aspectos que envolvem o ensino em Enfermagem, a estrutura de organização do trabalho de Enfermagem e elementos que abrangem a crença, os valores, o conhecimento, a habilidade e a prática do profissional enfermeiro.

O ensino tem importância fundamental para o significado do PE, não só no que se refere aos cursos de Graduação em Enfermagem, mas também à educação continuada do pessoal de Enfermagem nos serviços. Nesse sentido, sua implementação envolve uma discussão sobre o papel desempenhado pelo enfermeiro no contexto dos serviços e também sobre o que é ensinado a este respeito nos cursos de Graduação dessa área da Saúde. Tal ensino, convém ressaltar, não pode ser realizado como uma ideologia, sem considerar a realidade da Prática de Enfermagem em que o PE é implementado.

Outro requisito importante para a aplicação do PE é citado por Azollin (2007), que afirma ser a utilização dessa metodologia, como conteúdo do ensino de gerenciamento em Enfermagem pelos docentes, uma nova estratégia para se abordarem aspectos da assistência no processo de trabalho do enfermeiro, e, principalmente, a articulação entre os conteúdos do gerenciamento e a assistência e cuidado de Enfermagem.

Lauri (1982) considera como condições para o desenvolvimento do PE a abertura e a flexibilidade das organizações, que devem dar à Equipe de Enfermagem a oportunidade de definir o alvo do seu próprio trabalho e de tentar vários modelos para alcançar tal objetivo. Afirma ainda este autor que o profissionalismo, a atitude e a criatividade da referida Equipe são importantes.

A SAE requer subsídios tanto de um referencial teórico para a abordagem do processo saúde-doença quanto de um contexto de trabalho que estimule e torne viável sua implementação, ou seja, requer uma Equipe de Enfermagem permanentemente qualificada para a assistência além da supervisão do trabalho cotidiano como reflexão contínua sobre a prática; da articulação e a integração dos componentes da referida Equipe; da adequação dos recursos materiais e físicos; enfim, de um conjunto de ações de planejamento e organização do trabalho, que, por sua vez, configura o processo de trabalho gerencial (AZOLLIN, 2007).

Segundo Andrade e Vieira (2005), acredita-se ser necessária a realização de um diagnóstico do trabalho da Equipe de Enfermagem, ressaltando-se seu preparo técnico-científico sobre o PE, bem como a existência de problemas decorrentes de uma assistência sistematizada, para a elaboração e implementação de um modelo assistencial em um serviço hospitalar.

Lima (2004) destaca que os enfermeiros, na condição de responsáveis legais pela SAE, devem estar atentos, avaliando continuamente junto com a Equipe de Enfermagem a forma pela qual vem sendo desenvolvido o Plano de Cuidados, a fim de evitar que este venha a se tornar um ato prescritivo, mecânico, rotineiro e burocrático.

Essa metodologia da Assistência de Enfermagem deve proporcionar as evidências necessárias para embasar as ações, apontar e justificar a seleção de determinados problemas e direcionar as atividades de cada um dos integrantes da Equipe de Enfermagem, além de ter um método de registro das ações, fato que contribui para sua continuidade e visibilidade. É importante ter clareza de que cada integrante da referida Equipe participa do processo assistencial, desempenhando seu papel específico e importante para o desenvolvimento da assistência como um todo (CARRARO; WESTPHALEN, 2001).

Nessa visão, porém, convém chamar atenção para o fato de que os auxiliares de Enfermagem, embora devam ser considerados uma importante fonte de informação para a operacionalização do processo, não podem ser tidos como a principal delas. Esse processo é acima de tudo uma forma de organização do cuidado, operacionalizado através de ações realizadas em conjunto com outros profissionais de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro. Desse modo, a efetiva operacionalização dessa metodologia de assistência depende muito mais do papel assumido por esse profissional do que da cor ou forma dos impressos utilizados (ROSSI, 1997).

Lima (2004) também cita a manutenção de um processo participativo, no qual sejam propiciados espaços para intercâmbio de conhecimentos, sentimentos, experiências, vivências e compromissos da Equipe de Enfermagem em relação ao processo de implantação e implementação das fases do PE.

Rossi (1997), por sua vez, menciona que esse Processo implica tanto trabalho em equipe, envolvendo todos os profissionais e ocupacionais que atuam junto ao paciente, quanto aspectos da estrutura organizacional onde o trabalho é desenvolvido. De um lado, o PE abrange método e passos definidos, cuja documentação é regulada no contexto sistêmico; de outro, uma ação comunicativa, implicando a valorização de aspectos que fazem parte do mundo da vida. Na operacionalização do PE, o paciente deve ser envolvido, assim como os profissionais responsáveis pelo cuidado, buscando-se um entendimento acerca das ações a serem realizadas. Nesse aspecto, a autora recomenda que, para a implementação dessa metodologia de assistência, que orienta a organização do cuidado, torna-se necessário um acordo entre a equipe e o paciente, a partir de um processo que valoriza a comunicação, a participação e o entendimento com ele próprio.

Considerando as características organizacionais do Serviço de Enfermagem, concretizar a operacionalização de um método de assistência implica uma reflexão analítica sobre a inserção do enfermeiro nas instituições de Saúde, a identificação dos paradigmas e a revisão das crenças e valores acerca do seu papel de assistente. É fundamental que toda a Equipe de Enfermagem compreenda e incorpore a importância de sua atuação científica, de tal modo que a certeza da pertinência dessa atuação venha a influenciar o comportamento do enfermeiro no desenvolvimento do processo, determinando, inclusive, a sua trajetória de

competência profissional. O que se exige de todo o Corpo de Enfermagem é: disposição, força, coragem e compromisso para enfrentar o desafio de romper sólidas barreiras (MARIA, 2001).

O reconhecimento da importância da atuação científica do enfermeiro é o fator mais importante, pois, apesar de perceber-se o valor irrefutável de uma filosofia que norteia uma proposta de trabalho, o que realmente vai concretizá-la são os profissionais que estão do lado do paciente. Sendo assim, o referido reconhecimento deve ser de todos, senão os enfermeiros serão apenas cumpridores de tarefas (FARIAS, 1997).

Os estudos de Rossi (1997) na Unidade de Queimados fazem referência às atitudes e crenças do enfermeiro e do pessoal auxiliar como importantes requisitos na implementação do PE, constituindo-se, inclusive, fatores que interferem nessa prática e que estão intimamente ligados à forma como essa metodologia é interpretada e operacionalizada.

Características como competência para avaliar os pacientes, para analisar e tirar conclusões sobre os dados, e coragem para não se sentirem vulneráveis ou ridículos diante de colegas, subordinados, superiores e médicos, são requisitos apontados por Shea (1984) e importantes para os enfermeiros que pretendem utilizar essa metodologia de assistência.

Já para Lima (2004), o aprimoramento contínuo de toda a Equipe de Enfermagem, por meio da capacitação, pela fundamentação teórica, possibilita o desenvolvimento de habilidades e competências para a realização das etapas da SAE, principalmente no que se refere à fase do Diagnóstico de Enfermagem.

Sistematizar a Assistência de Enfermagem representa um processo que envolve aplicação de conhecimentos oriundos de diversas ciências e da prática social de Enfermagem, além de requerer do enfermeiro habilidades na manipulação dos dados, domínio do conhecimento, aptidão intelectual, objetividade, pensamento crítico, intuição e tomada de decisão (JESUS, 2000).

Bowman, Thompson e Sutton (1983) examinaram as atitudes de enfermeiros para com o PE, por meio de medidas quantitativas, e concluíram que um programa educacional estruturado foi benéfico para o desenvolvimento de medidas positivas. Os mesmos autores ainda avaliaram o efeito do ambiente sobre esse processo, apontando o apoio mútuo entre ensino e prática como importante na criação de mudanças reais e pertinentes.

Outras condições prévias para o sucesso da implantação da metodologia da assistência, descritas por Friedlander (1973), Maria (1997) e Rossi (1997), são:

- Política Institucional: a utilização do processo requer dos enfermeiros autonomia clínica e responsabilidade suficientes para decidir sobre sua prática. Esses aspectos de autoridade e poder podem gerar conflitos com outros profissionais, interferindo na experiência que se inicia. Por isso, a autora sugere que seja dada atenção minuciosa à política da organização, lembrando, porém, que, muitas vezes, a introdução dessa prática, mesmo sob condições pouco favoráveis, pode constituir-se no degrau inicial para sedimentar conquistas futuras;
- Liderança em Enfermagem: a grande alavanca para o uso da metodologia é o poder de influência dos líderes na Equipe e a participação da Chefia de Enfermagem, independente da origem (quer de sua competência, quer de sua estrutura formal). Esses líderes necessitam estar conscientes de tal posição;
- Educação Continuada: essa área se responsabiliza pelo aprimoramento técnico-científico contínuo do profissional e socialização de conhecimentos, valores, atitudes e habilidades vinculados principalmente à Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE) e associados ao papel e à responsabilidade do profissional da área na instituição, preparando a equipe para essas mudanças e manutenção do modelo assistencial adotado;
- Recursos Humanos: principalmente o quantitativo de enfermeiros relacionado ao de pacientes, para que não haja descontinuidade no processo;
- Comunicação: são fundamentais na coordenação controle e integração das partes de uma organização, com uma linguagem padronizada;
- Instrumentos: devem ser elaborados impressos para a documentação de Enfermagem, padronização de normas e rotinas das unidades e consequente aplicação do método assistencial; e
- Processo de Mudança: a Enfermagem precisa desenvolver a capacidade de se organizar e buscar novas estratégias para manutenção do modelo assistencial.

No âmbito do ensino, alguns fatores relacionados à formação do enfermeiro têm contribuído para a deficiência na aplicação da SAE nos Serviços de Saúde.

Andrade e Vieira (2005) reiteram que a formação acadêmica dos enfermeiros contribui para a falta de aplicação das metodologias de organização da Assistência de Enfermagem na prática assistencial. Mais preocupados com a aquisição e desenvolvimento de habilidades técnicas, os docentes e alunos não estão dando a devida importância aos problemas do paciente e ao planejamento da referida assistência, tornando-a isolada de outras atividades acadêmicas.

Além disso, no ensino, percebem-se outras dificuldades em relação à SAE, tais como: o desconhecimento dos docentes, a falta de padronização de modelos adotados nas diversas disciplinas, a dissociação entre teoria e prática, o ensino que desconsidera a prática, o distanciamento entre realidade acadêmica e realidade profissional, a ausência de aplicação de modelos práticos nos serviços hospitalares e de saúde pública, e a inadequação dos campos de estágio para a realização dessa metodologia (ROSSI, 1997; SILVA, 2004).

Laganá et al. (1987) confirmam que há falta de consenso entre os docentes sobre a importância da utilização dessa metodologia de assistência no cuidado ao ser humano. Também há divergências quanto à sua forma de operacionalização, mesmo entre aqueles que a utilizam em suas atividades práticas. Para a autora, esta é, sem dúvida, uma situação que não contribui para o preparo do enfermeiro na utilização da SAE.

A crença de que esse método é avaliativo, no sentido de ferramenta de controle da Assistência de Enfermagem a ser prestada ao cliente, bem como da sua qualidade, faz com que os enfermeiros pouco o utilizem em suas práticas (THOMAZ; GIDARDELLO, 2002).

Também há estudos (ROSSI, 1997; AZZOLIN, 2007) demonstrando que a implantação da SAE tem ocorrido de forma vertical, ou seja, por um grupo de enfermeiros interessados em aprimorar a organização da assistência, bem como em aumentar a visibilidade da Enfermagem, sem, contudo, envolver os executores dessa assistência. Como decorrência, observa-se a pouca motivação da Equipe para participar mais ativamente da organização, planejamento e prestação do cuidado através dessa metodologia de trabalho.

No Brasil, há controvérsias quanto à participação de auxiliares e técnicos de Enfermagem na realização da SAE (CARVALHO et al., 2007). Como também afirma Rossi (1997), a SAE tem sido desempenhada pelos enfermeiros sem a participação e o envolvimento dos auxiliares de Enfermagem, contribuindo para a ineficiência do modelo de sistematização e para a formação de atitudes que desvalorizam a metodologia, tornando-a, assim, uma atividade mecânica, automática, instrumental e de preenchimento de papéis, como demonstram os resultados do estudo dessa autora.

Hiraki (1992) concluiu que, em decorrência das diversas dificuldades, essa metodologia assume características de uma ação instrumental, ou seja, é associada a um interesse técnico de controle que não permite a focalização apropriada de questões práticas, inerentes ao cuidado de Enfermagem, uma vez que o principal interesse é o controle e a previsibilidade. Nessa ação instrumental, a comunicação é restrita e contribui para a manutenção da dominação e alienação profissional.

O excesso e a pluralidade de termos para designar os métodos de organização da Assistência de Enfermagem, assim como a ausência de uma comunicação eficiente e a inexistência de uma terminologia uniforme, contribuem para que os profissionais não se apropriem desse método científico em seu processo de trabalho (KLETEMBERG, 2004).

Nonino (2006) identificou que a SAE não tem sido operacionalizada de forma correta. Mesmo as etapas descritas sendo efetuadas, não há registro das informações coletadas (exame físico e histórico), conduta esta que compromete a elaboração da Prescrição de Enfermagem. O desenvolvimento da SAE diz respeito à anotação de enfermagem e à evolução desta, que habitualmente não são realizadas pelos enfermeiros. Embora essas atividades sejam imprescindíveis para o acompanhamento e a avaliação das condições do paciente e da adequação das prescrições elaboradas, as informações (intercorrências e evolução) pertinentes a cada paciente são registradas manualmente em um relatório de passagem de plantão, atualizado ao final de cada plantão. No prontuário, porém, não há qualquer registro das ações do enfermeiro com o paciente, ao longo do seu turno de trabalho.

Na literatura, é citado (DE LA CUESTA, 1983; AZEVEDO, 2001) que algumas etapas da SAE propostas por Horta foram suprimidas do processo, por serem consideradas complexas e de difícil aplicabilidade prática. Especialmente no que diz respeito à etapa do Diagnóstico de Enfermagem, constata-se que os passos da metodologia não ocorrem de forma completa e integrada.

Como consequência, destaca-se a dificuldade de determinar e programar as ações relativas ao processo como um todo. Isso significa estabelecer um conjunto de ações interligadas que possam refletir os dados levantados, os diagnósticos apresentados e as intervenções necessárias para os problemas identificados nos clientes.

A SAE, como uma metodologia de assistência composta por etapas que estão relacionadas e interligadas, exige a documentação e o registro de todas as ações de Enfermagem realizadas nesse processo, desde a coleta de dados até a avaliação dos resultados do cliente, família e comunidade. Assim, essa metodologia de organização da assistência tem se incorporado às bases da Teoria Burocrática, dando-se ênfase ao preenchimento de formulários que estão relacionados com o Histórico, Diagnóstico, Prescrição e Evolução de Enfermagem.

Shimizu (2000) corrobora com essa questão ao afirmar que a Enfermagem tem buscado fundamentação nas várias Teorias de Administração, sendo o Modelo Burocrático de Administração o mais enfaticamente incorporado pelos profissionais dessa área para organizar suas práticas.

A prática da SAE em uma unidade hospitalar em estudo (ROSSI, 1997; LIMA, 2004) ratifica tal afirmação: a de que a documentação da metodologia tem se tornado mais importante do que o cuidado prestado ao paciente, o que contribui para o distanciamento do enfermeiro da assistência e supervisão, uma vez que a documentação demanda maior tempo de trabalho desse profissional do que o cuidado em si.

Contribuindo com essa discussão, Rossi (1997), Ford e Walsh (1995) consideram que a valorização exagerada da documentação e do preenchimento de papéis na SAE colabora para a descrença, entre os profissionais, de que essa metodologia beneficie o atendimento individualizado ao cliente. Idéia esta que originalmente fundamenta sua aplicação, enquanto metodologia de organização e planejamento do cuidado de enfermagem nos Serviços de Saúde.

Outra situação é apontada em estudos (DE LA CUESTA, 1983; ROSSI, 1997; LIMA, 2004) relacionados com a falta de consenso na definição de diagnósticos e condutas de enfermagem e na repetição de informações contidas na documentação do PE. Isso torna o processo repetitivo, mecânico e com pouco impacto na qualificação da Assistência de Enfermagem, provocando, além disso, indefinição de ações e condutas do enfermeiro com base científica, o que termina por gerar a desvalorização dessa metodologia assistencial.

Por outro lado, a ausência dos registros e de informações que compõem as etapas preconizadas pela SAE também contribui para a informalidade e descontinuidade do processo. Isso ocorre porque essas etapas devem estar documentadas para que possam subsidiar a Prática de Enfermagem.

Aliada a esta questão, encontram-se descritos na literatura (FERNANDES, 1987; ROSSI, 1997; SILVA, 2004; AZZOLIN, 2007; NASCIMENTO et al., 2008; BACKES et al., 2008) outros fatores que impossibilitam a implementação da SAE, como a deficiência de treinamentos específicos e a resistência dos enfermeiros para qualificar esse método de assistência, sendo importante que as instituições de Saúde e seus gerentes de Enfermagem reflitam sobre essas dificuldades em busca de estratégias que possam reorganizar a Assistência de Enfermagem. Uma das estratégias citadas refere-se à utilização do método de co-gestão para implementação de uma metodologia de assistência sistematizada nas instituições hospitalares, pois proporciona comprometimento e responsabilização de toda a equipe em sua elaboração e aplicação.

Algumas pesquisas (FORD; WASH, 1995; ROSSI, 1997; SILVA, 2004) chegam à conclusão de que a inexistência de uma filosofia institucional, a estrutura organizacional dos serviços, a falta de aceitação dos administradores e dos médicos são importantes barreiras que dificultam a implantação das metodologias de Assistência de Enfermagem no ambiente hospitalar. Essa situação tem colocado a Enfermagem numa posição de subordinação, nas instituições. No geral, os profissionais enfermeiros assumem as funções burocráticas nos Serviços de Saúde, deixando o papel assistencial para um segundo plano.

Em relação à execução das etapas da SAE, estudos (CARVALHO et. al., 2007; CARVALHO et. al., 2008; TAKAHASHI et. al., 2008; POKORSKI, 2009) demonstram haver dificuldades na aplicação da fase do Diagnóstico de Enfermagem, tendo em vista sua complexidade e o uso recente dessa taxonomia de

diagnósticos, além da escolha e da própria determinação dos diagnósticos para os indivíduos, as famílias e as comunidades.

A Resolução n.º 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe sobre a SAE e a implementação do PE em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e rege as normas e regras do exercício profissional da categoria de Enfermagem, institucionalizando os regulamentos que controlam esse exercício e legitimando as condutas e ações da Equipe de Enfermagem em suas práticas. Todavia, percebe-se que essa Resolução oficial não delimita claramente como deve ocorrer a SAE nas diversas Unidades de Saúde, nem tampouco define o papel de cada membro da Equipe de Enfermagem nas etapas em que essa metodologia está constituída, quais sejam: coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), o Diagnóstico de Enfermagem, o Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem.

Apesar dessa regulamentação do COFEN sobre a necessidade de implantação da SAE pelos enfermeiros nos Serviços de Saúde, a sua aplicação em todas as etapas ainda é bastante incipiente, decorrente do desconhecimento de como fazê-la e da indefinição do papel de cada elemento da Equipe na operacionalização dessa prática de Enfermagem (HERMIDA; ARAÚJO, 2006; FULY; LEITE; LIMA, 2008).

Tais atividades têm sido cobradas e fiscalizadas pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN) em algumas instituições de saúde brasileiras. Esse Conselho profissional tem, inclusive, realizado treinamento dos membros da Equipe de Enfermagem para a execução da SAE.

Poucos são os estudos que não só avaliam em maior profundidade a implementação dessa sistematização, mas também analisam como ocorre a operacionalização de tal metodologia de trabalho pela Equipe de Enfermagem. São comuns na literatura os estudos de casos ou relatos de experiências nos quais as etapas da SAE são aplicadas nas diversas situações clínicas da Assistência de Enfermagem, principalmente na área hospitalar (MENDES, 2001; MOURA; RABELO; SAMPAIO, 2008; CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009).

O que se constata é que o foco de alguns estudos sobre a SAE no Brasil não aprofunda a discussão de como operacionalizar na prática a execução de suas etapas e de como enfrentar as dificuldades de sua implementação.

Este estudo visa a contribuir para a ampliação e compreensão de um modelo de sistematização implantado em uma realidade brasileira, para que se possa refletir e buscar a transformação dessas práticas. Tal transformação, rumo a um modelo ideal para sua implantação e manutenção, poderá possibilitar um movimento de crescimento para os enfermeiros, para outros membros da Equipe de Saúde, para a profissão e para a ciência da Enfermagem.

Tenciona-se que os resultados deste estudo possam vir a possibilitar a compreensão dos inúmeros fatores e determinantes que inviabilizam a realização da SAE nas instituições hospitalares. Tenciona-se também que tais resultados venham permitir uma aproximação viva com o objeto, de forma a revelar, para a comunidade profissional e acadêmica, quais elementos da realidade podem contribuir para a (des)motivação, (des)valorização, (des)conhecimento e (des)construção da SAE no trabalho da Enfermagem.

Para o ensino de Enfermagem, espera-se que esta análise possa vir a auxiliar na aquisição tanto de elementos relacionados à formação profissional do enfermeiro quanto de habilidades para a realização da SAE, as quais necessitam ser trabalhadas durante o processo de interação entre docente, discente, cliente e instituição. Neste aspecto, almeja-se contribuir com o ensino da SAE na Grade Curricular dos Cursos de Graduação de Enfermagem. Além disso, pretende-se que esta análise possa se desdobrar em outros temas de pesquisa na área, com a finalidade de aprofundar a discussão no que se refere ao melhor preparo dos estudantes e profissionais quanto à utilização de ferramentas que possam qualificar a execução da SAE nos diversos níveis de atendimento de Enfermagem.

No momento atual, a SES-DF vem apresentando e discutindo com os Gerentes Setoriais dessa instituição a implantação e implementação do Programa de Modernização Tecnológica das Unidades Assistenciais de Saúde (PMTUAS), com vistas a realizar a migração do atual ambiente tecnológico para o sistema Web, reduzir o tempo de atendimento aos usuários da Rede de Saúde, padronizar os procedimentos (padrão SES), centralizar os dados assistenciais, otimizar a gestão integral ao cliente, controlar os leitos das unidades e especialidades, elaborar o faturamento automatizado, criar sistema de alerta clínico, epidemiológico e administrativo, automatizar os setores farmacêuticos e implantar o prontuário eletrônico. Nessa etapa, a Enfermagem iniciou os trabalhos de elaboração dos manuais de procedimentos e instrumentos da SAE. Assim, acredita-se que este

estudo possa vir a contribuir posteriormente para o processo de implantação e implementação da SAE e da informatização do prontuário eletrônico no PMTUAS.

Além disso, acredita-se que o presente estudo possa colaborar para a construção histórica do conhecimento acerca da SAE, bem como para a qualidade da Assistência de Enfermagem na instituição hospitalar em que está sendo aplicado. A análise da SAE no hospital permitirá a identificação de problemas e determinantes que interferem na realização desta ação, buscando colaborar com a Gerência de Enfermagem (GE) da SES-DF, com a Chefia do Núcleo de Enfermagem (NE) e com as Supervisões de Enfermagem (SE) da instituição em estudo, para a elaboração de propostas adequadas e para a qualificação dessa metodologia assistencial.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO MUNDO E NO BRASIL

Conforme Pesut e Herman (1999), 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 e 1990, com a inserção do diagnóstico, mas fazendo o enfermeiro raciocinar clinicamente durante a execução. A terceira geração situa-se a partir de 1990, seguindo até os dias de hoje. Tal geração realiza todas as etapas do PE e executa uma especificação e um teste dos resultados (*outcomes*).

É importante considerar os fatos históricos que contribuíram para a construção do PE no mundo e no Brasil. Inicialmente, 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 (HENDERSON, 1973).

No Brasil, a utilização de estudos de caso no ensino foi descrita em 1934 por Vidal, em uma publicação intitulada “O caso de estudo”, na revista “Annaes de Enfermagem”. A autora sugeriu que esse método fosse organizado de forma a compreender: história, sintomas subjetivos e objetivos, exames, diagnóstico social e médico, tratamentos médicos e de enfermagem, complicações e alta do paciente.

Na elaboração de um curso de Enfermagem em 1937, Henderson introduziu em sua programação uma unidade intitulada “Plano de Cuidado Individualizado”, com o propósito de que os enfermeiros elaborassem planos de cuidados escritos para todos os pacientes. Este assunto também foi abordado quando a autora fez a primeira revisão do livro “Os Princípios e Prática de Enfermagem”, de Berta Harmer, em 1939, cujo capítulo 4 foi dedicado ao tópico, e um plano escrito foi apresentado (HENDERSON, 1973).

Em 1948, com a publicação da obra “Enfermagem para o futuro”, os Planos de Cuidados foram discutidos em encontros locais, estaduais e nacionais (HENDERSON, 1973). Na literatura nacional dessa época, podem ser observadas publicações de estudos de casos compostos basicamente da descrição da “história da doença, evolução da moléstia, tratamento médico e cuidados de enfermagem”, refletindo uma preocupação com o estabelecimento dos cuidados de enfermagem, com base no diagnóstico médico (KASPRIZYKOWISK, 1938; MACHADO, 1946).

Uma retrospectiva histórica indica que o conceito de PE foi introduzido na década de 1950 como um processo sistematizado, compreendendo etapas como histórico, planejamento e evolução, tendo como base o método científico da observação e mensuração, para obtenção e análise de dados, tornando-se parte do referencial conceitual dos currículos de Enfermagem no mundo (DOENGES; MOORHOUSE; GEISLER, 2003).

A idéia inicial do PE aparece na literatura da área entre os anos de 1950 e 1960. Nessa época, tal processo organizava-se basicamente em torno da doença e era, do ponto de vista do conhecimento específico da Enfermagem, “um esqueleto sem roupa”, como bem afirma Gordon (2002). O desenvolvimento dos modelos/sistemas conceituais e Teorias de Enfermagem em que conceitos que refletem a natureza e o escopo da profissão se selecionam e inter-relacionam a partir de diferentes pontos de vista filosóficos forneceu um foco conceitual para o PE e roupas para o “esqueleto desnudo”. Fundamentada nesses referenciais, a doença

tornou-se um fator contextual no âmbito do processo de cuidar, e não mais o foco primário (GORDON, 2002).

Segundo Almeida e Rocha (1986), na década de 1950, surgiu a preocupação em se organizarem os princípios científicos que deveriam nortear a prática de Enfermagem, pois, até então, ela era vista como não-científica e baseada exclusivamente em técnicas.

A proposta dos princípios científicos foi encabeçada por educadores de Enfermagem norte-americanos, e o estudo, que teve a duração de cinco anos, foi realizado na Escola de Enfermagem da Universidade de Washington. Esse estudo constou da enunciação dos cuidados de enfermagem prescritos para satisfazerem as necessidades biopsicossociais dos pacientes e da busca de princípios científicos que lhe servissem de base. Como resultado, teve-se a publicação, no ano de 1959, dos Princípios Científicos Aplicados na Enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Em 1955, Lydia Hall utilizou o termo “Processo de Enfermagem” pela primeira vez. Este vem sendo utilizado desde então para se referir a um conjunto de ações que objetivam satisfazer o propósito da Enfermagem: manter o bem-estar do cliente (JESUS, 1992). Nessa época, o PE foi descrito por esta autora como constituído de três fases: essência, cuidado e cura (POTTER; PERRY, 1999).

No Brasil, em 1958, Lambertsen publicou uma pequena obra intitulada “Equipe de Enfermagem, organização e funcionamento”, que foi amplamente divulgada e que apresentava toda a filosofia do Plano de Cuidados, influenciando líderes da Enfermagem brasileira (FRIEDLANDER, 1981).

O fato é que o interesse pelo PE cresceu rapidamente nas escolas de Enfermagem, sendo, inicialmente, utilizado como um instrumento de ensino. Entretanto, na década de 1960, apenas poucos hospitais, nos Estados Unidos e no Reino Unido, haviam implementado essa metodologia de assistência (DE LA CUESTA, 1983).

Foi na década de 1970 que o PE começou a ser utilizado nos hospitais, embora ainda com dificuldades. Esse Programa não era só uma idéia, mas uma forma de instituição, servindo como guia para normatizar a Prática de Enfermagem (DE LA CUESTA, 1983).

Conforme ressalta Waldow (1998), em meados das décadas de 1960 e 1970, surgiram as Teorias de Enfermagem, que, em sua essência, tinham a intenção de humanizar a assistência ou o cuidado. Alguns dos 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.

A literatura evidencia que a primeira classificação relevante para a prática de enfermagem foi desenvolvida nos Estados Unidos em 1960, tendo como propósito o ensino de Enfermagem. Os “21 problemas de Abdellah”, como ficou conhecida essa classificação, descrevem os objetivos terapêuticos da Enfermagem e seu desenvolvimento, e teve como focos principais as necessidades do cliente (terapêutica das necessidades) e os problemas de Enfermagem (terapêutica de problemas), que eram os modelos vigentes na década de 1950 (GORDON, 1994).

No Brasil, a expressão “Processo de Enfermagem” foi empregada pela primeira vez em 1961, numa publicação de Orlando (1978), como proposta de sistematização da Assistência de Enfermagem. O termo compreendia três componentes: o comportamento do paciente, a reação do enfermeiro e as ações de Enfermagem que seriam destinadas ao benefício do paciente.

Segundo Campedelli (2000), o PE surgiu nessa época (1961) como forma de sistematizar a Assistência de Enfermagem, apresentando como fator primordial o relacionamento interpessoal enfermeiro-cliente, a fim de se promover o cuidar com qualidade.

Bonney e Rothberg, em 1963, propõem três etapas para o PE: diagnóstico de enfermagem, terapia de enfermagem e prognóstico de enfermagem.

Em 1967, Yura e Wash foram autoras do primeiro livro-texto que descrevia o PE em quatro fases: histórico, planejamento, implementação e avaliação. As autoras reforçaram a importância das habilidades técnicas, intelectuais e interpessoais na Prática de Enfermagem (KENNEY, 1990).

Horta et al. publicaram, em 1967, o artigo “O ensino do plano de cuidados em Fundamentos de Enfermagem”. A experiência foi realizada pelas autoras na escola da Universidade de São Paulo (USP), na disciplina “Fundamentos de Enfermagem”, no ano de 1964, quando foi incorporado o Plano de Cuidados como requisito do estágio prático no Curso de Graduação dessa Universidade. A publicação desse

artigo nos Estados Unidos demonstra o pioneirismo das enfermeiras docentes brasileiras no ensino do PE (KLETEMBERG, 2004).

O primeiro artigo publicado na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn) sobre PE é de autoria de Wanda de Aguiar Horta, intitulado “Considerações sobre o Diagnóstico de Enfermagem”, de 1967. Tal publicação destaca a autora como precursora da aplicação da metodologia científica no Brasil, assim como sua forte influência nas décadas seguintes (KLETEMBERG, 2004).

Em 1968, Wanda de Aguiar Horta apresenta à Escola de Enfermagem “Anna Nery”, no Rio de Janeiro, sua tese de livre-docência, intitulada “A observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem nos seus aspectos físicos”. Essa obra foi considerada um marco histórico do PE no Brasil (CIANCIARULLO et al., 2001).

Horta, da Escola de Enfermagem da USP, destacou-se como a primeira enfermeira que ousou formular uma Teoria de Enfermagem. Posteriormente, Lígia Paim apresentou seu trabalho de Dissertação de Mestrado, intitulado “Prescrição de enfermagem: unidade valorativa do cuidado”, na mesma instituição (LIMA, 2005).

“O referencial das Necessidades Humanas Básicas (NHBs)” foi publicado em 1970. A autora desenvolveu uma proposta baseada na teoria das necessidades humanas de Maslow e Mohana e propôs uma metodologia para o PE, sustentado na busca da satisfação de necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (LEOPARDI, 2006).

Foi em 1970, no XXII Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn), que Horta introduziu seu modelo teórico, já abordando alguns conceitos, princípios e proposições. Tal trabalho, intitulado “Contribuição para uma Teoria de Enfermagem”, motivou inúmeros questionamentos quanto à sua validade. No entanto, essa proposta possibilitou que os enfermeiros refletissem sobre o assunto e começassem a questionar as práticas diárias, já consagradas pelo seu uso (CAMPEDELLI, 2000).

O Diagnóstico de Enfermagem foi introduzido como uma fase do PE na década de 1970, resultando em um processo constituído por cinco fases. Diferentes terminologias foram utilizadas para designar a Fase de Diagnóstico, tais como: “problemas de Enfermagem”, “problemas do paciente”, “necessidades do paciente” e “diagnóstico de Enfermagem” (MACFARLAND; MACFARLENE, 1989).

No Brasil, Horta (1970) preconizou o PE, apresentando-o em seis fases intimamente inter-relacionadas, que são: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem, Evolução e Prognóstico de Enfermagem.

Em 1971, Horta apresentou os passos do PE com a apresentação do trabalho intitulado “Metodologia do Processo de Enfermagem”. A partir de então, o modelo e seu processo correspondente começaram a ser amplamente divulgados (DALRI, 1993).

O estudo do ensino e da organização do Cuidado de Enfermagem se tornou foco de atenção do enfermeiro em 1973, quando surgiram os estudos de caso, precursores dos Planos de Cuidados, propostos como uma forma de organização e individualização do Cuidado de Enfermagem (HENDERSON, 1973).

O Sistema de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) é um dos sistemas relacionados com o PE mais divulgados e aplicados em âmbito mundial. A história de sua construção inicia-se em 1973, quando a primeira conferência para uma classificação de Diagnósticos de Enfermagem foi realizada nos Estados Unidos. Esse evento teve como propósito iniciar um diálogo entre enfermeiros docentes e assistenciais sobre a possibilidade de padronização de uma nomenclatura que pudesse descrever as situações ou condições que eram diagnosticadas e tratadas na prática profissional de Enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2005).

Verifica-se, pela literatura de 1979, a implantação da metodologia denominada de “SAE” no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia de São Paulo. Este modelo, baseado no PE de Horta, com as fases do Histórico, da Evolução e da Prescrição, reconhece e acredita na integração das áreas de assistência, ensino e pesquisa, para melhorar a qualidade da Assistência de Enfermagem prestada na instituição (MARIA et al., 1987).

Nesse mesmo ano, Horta publicou no Brasil um livro sobre o PE com base na Teoria das NHBs, de Maslow, o qual foi de grande relevância para a prática de Enfermagem no Brasil, vindo, inclusive, facilitar, organizar e direcionar as atividades dessa profissão, com vistas ao alcance da qualidade da assistência prestada, promovendo, assim, maior credibilidade e visibilidade profissional (SILVA, 2004).

Desde o início da instalação do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), em 1981, houve uma preocupação em se definir um método para a Assistência de Enfermagem, optando-se por três fases do PE: Histórico, Evolução e Prescrição. A princípio, o processo recebeu a denominação de “Sistemática de Assistência de Enfermagem”, sendo atualmente conhecido como “Sistema de Assistência de Enfermagem” (CAMPEDELLI, 2000).

Esse Sistema de Assistência, reestruturado em 1986, vem sendo desenvolvido ininterruptamente, desde a sua instalação, pelas enfermeiras do HU-USP. Tal Sistema representa a crença compartilhada pelas enfermeiras do Departamento de Enfermagem e pelas docentes da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), celebrando décadas de integração docente-assistencial, de que o PE é um método de trabalho que orienta o cuidado individualizado ao cliente e que conduz a uma prática de Enfermagem emancipatória. O Sistema de Assistência de Enfermagem propicia, assim, o alcance e o cumprimento das metas estabelecidas para a assistência, o ensino e a pesquisa de Enfermagem no HU-USP (LIMA, 2004).

Em 1985, a sistematização do trabalho do enfermeiro passou a ser um desafio em todo o mundo, e a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs oficialmente a operacionalização do PE em quatro fases: levantamento de dados, planejamento, implementação e avaliação (ASTHWORTH et al., 1987).

O Sistema de Classificação das Intervenções de Enfermagem, denominado *Nursing Interventions Classification* (NIC), teve início em 1987 por um grupo de pesquisadoras do Centro para Classificação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de Iowa, nos Estados Unidos. Essa classificação foi criada para descrever intervenções que os profissionais de Enfermagem executam na prática clínica em resposta a um diagnóstico de enfermagem que foi estabelecido (ALBUQUERQUE; CUBAS, 2005).

Em 1991, o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) iniciou o Projeto de Classificação das Práticas de Enfermagem (CIPE), que previa a elaboração de um sistema que descrevesse a Prática de Enfermagem a partir de uma nomenclatura compartilhada pelos enfermeiros de todo o mundo. Isso tinha como fim que tais profissionais pudessem contar com instrumentos eficientes para descrever as suas práticas e explicitar a sua contribuição no contexto dos Sistemas de Saúde (SILVA et al., 1997).

O Sistema de Classificação dos Resultados de Enfermagem, também chamado de *Nursing Outcomes Classification* (NOC), vem sendo desenvolvido, desde 1991, por um grupo de pesquisadoras da Universidade de Iowa, nos Estados Unidos. Esse Sistema é uma classificação que abrange e padroniza os resultados da clientela (indivíduo, família ou comunidade), os quais são influenciados pela execução de intervenções de Enfermagem, tanto no campo de ação independente quanto no de ação interdependente (JOHNSON et al., 2004).

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), entre 1996 e 2000, desenvolveu o Projeto “Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva” (CIPESC) Brasil, a partir da demanda por estudos internacionais deflagrados pelo CIE. Tal Projeto contou com o apoio financeiro da Fundação Kellogg e com parceiros de diferentes instituições, principalmente as de ensino público superior de Enfermagem, seções da ABEn, e Serviços Públicos de Saúde (EGRY; CUBAS, 2006).

Em 1996, o Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem (SINADEn), vinculado à Diretoria de Assuntos Profissionais, passou a fazer parte dos eventos oficiais da ABEn. Esse Simpósio ocorre a cada dois anos com o objetivo de promover a discussão e o desenvolvimento de Sistemas de Diagnóstico e da Classificação das Práticas de Enfermagem (SINADEn, 2004).

Durante os treze anos de realização desse evento, foram abordadas as seguintes temáticas: “Diagnóstico de Enfermagem, sua taxonomia e seu impacto no ensino e na prática” (I SINADEn, São Paulo, 1991); “Uniformização da linguagem de enfermagem” (II SINADEn, João Pessoa, 1992); “Diagnóstico de Enfermagem: o caminho para a classificação da prática de enfermagem” (III SINADEn, Fortaleza, 1996); “Diagnóstico de Enfermagem como instrumento de trabalho da enfermagem” (IV SINADEn, Curitiba, 1998); “Sistemas de Classificação das Práticas de Enfermagem: um trabalho coletivo” (V SINADEn, João Pessoa, 2000); “Vinculação NANDA, NIC e NOC” (VI SINADEn, São Paulo, 2002); “SAE e o Sistema Único de Saúde” (VII SINADEn, Belo Horizonte, 2004); “Trilhando caminhos na construção de uma terminologia de enfermagem brasileira” (VIII SINADEn, João Pessoa, 2006) e “Contribuição Brasileira para o desenvolvimento das Classificações de Enfermagem” (VIII SINADEn, Porto Alegre, 2008).

Os estudos sobre PE no Brasil nas últimas décadas têm dado maior ênfase à fase do Diagnóstico de Enfermagem, tanto com relação à aplicabilidade quanto à implementação, o que mostra que esta não é uma fase isolada do processo, mas a que proporciona a integração dos dados coletados com o planejamento da ação e do sistema de assistência a ser aplicado, e envolve competências mais significativas, representadas pela avaliação crítica, julgamento e tomada de decisões (THOMAZ; GIDARDELLO, 2002).

Os enfermeiros que vêm utilizando o PE na sua prática profissional nestas últimas duas décadas mostram, através dos relatos de suas experiências, o desenvolvimento de apenas três fases: o Histórico, a Prescrição e a Evolução. Tal simplificação concorre para afastá-los do método científico e do modelo proposto por Horta, que envolve: histórico, diagnóstico, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico de Enfermagem (DALRI, 1993).

Em síntese, o PE sofreu influências, nas décadas de 1920 e 1930, dos estudos de casos e do Plano de Cuidados Individualizados; já nas décadas de 1940 e 1950, houve uma preocupação maior com os princípios científicos e com a introdução do termo nas práticas de enfermagem. Nas décadas de 1960 e 1970, surgem as Teorias de Enfermagem e o ensino do Plano de Cuidados. No Brasil, nessa mesma época, surgem as primeiras considerações sobre o Diagnóstico de Enfermagem e a primeira “Teoria de Enfermagem brasileira”, com enfoque nas NHBs do indivíduo. As Classificações das Práticas de Enfermagem surgem nas décadas de 1980 e 1990, com o objetivo de padronizar mundialmente a linguagem dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados de Enfermagem.

A Figura 1 apresenta a síntese da contextualização histórica do PE no mundo e no Brasil.

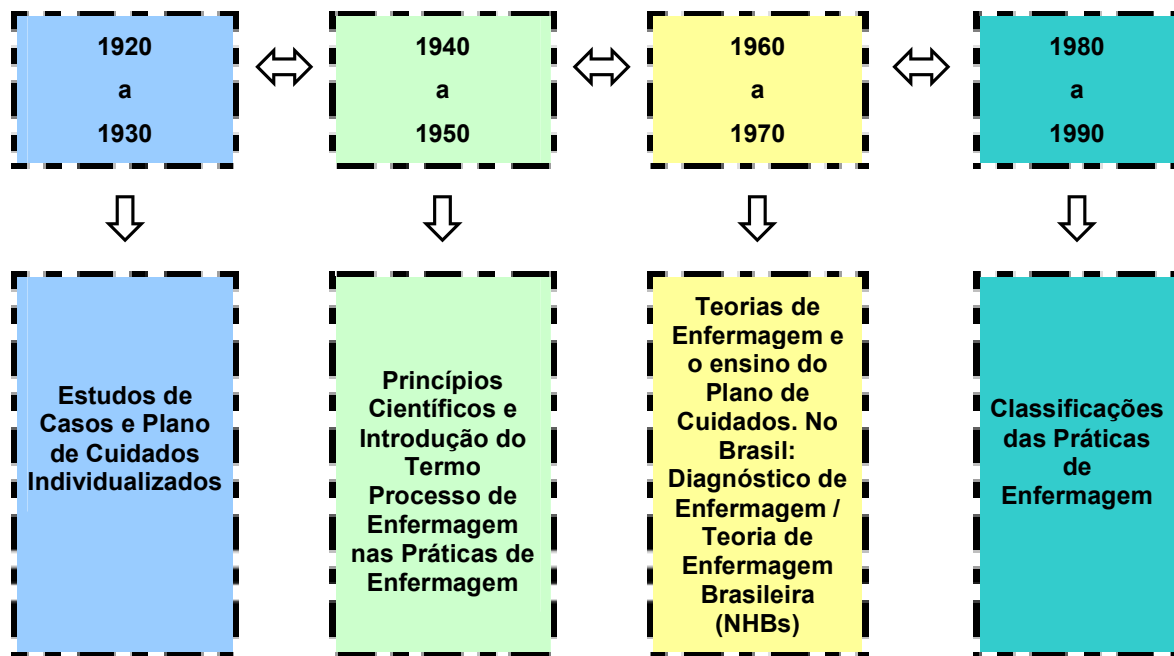


Figura 1 - Síntese da contextualização histórica do Processo de Enfermagem no mundo e no Brasil

1.2 DIFERENÇAS CONCEITUAIS DOS TERMOS UTILIZADOS NA ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO BRASIL

O PE tem recebido várias denominações, tais como: “Sistematização da Assistência de Enfermagem” (SAE) e “Metodologia da Assistência de Enfermagem” (MAE). Tais termos, embora tenham sido empregados, de forma genérica, como forma de organização da assistência, conceitualmente não se caracterizam como termos sinônimos (DELL’ACQUA; MIYADAHIRA, 2002).

Fuly, Leite e Lima (2008) reafirmam igualmente que na prática muitos enfermeiros desconhecem esse vocabulário, abordando os referidos termos como se fossem métodos de Assistência de Enfermagem, chegando a confundi-los com o próprio PE.

Carraro e Westphalen (2001) enfatizam que diversas nomenclaturas são utilizadas para designar a Metodologia da Assistência de Enfermagem e que elas variam conforme a terminologia usada em cada paradigma, de acordo com a finalidade, a área a que se destinam e o contexto em que se aplicam. Entre elas, podem-se citar: Processo de Enfermagem, Processo de Cuidado, Metodologia do Cuidado, Processo de Assistir, Consulta de Enfermagem. No entanto, é fundamental compreender que tais nomenclaturas apontam para a aplicação de um método científico com vistas ao planejamento e ao desenvolvimento de ações de Enfermagem e que a terminologia usada depende do enfoque teórico que a sustenta.

Os princípios, os conceitos e as etapas que fundamentam o PE têm sido explicitados por diferentes autores nacionais e estrangeiros. Na literatura, encontram-se vários conceitos e formulações, no que se refere à sua definição, terminologia e etapas, que diferem inclusive dos conceitos e etapas preconizados pelo órgão de fiscalização profissional, tornando difícil a compreensão desse processo (AZZOLIN, 2007).

No Brasil, identifica-se que os pesquisadores dessa área preferem utilizar a terminologia PE, originada dos estudos da enfermeira Wanda de Aguiar Horta.

A seguir, são apontados alguns conceitos dessa metodologia, na tentativa de contextualizar e de se vir a compreender o tema quanto às suas definições e de acordo com três grandes grupos conceituais que têm sido utilizados com o mesmo princípio de organizar a Assistência de Enfermagem: sistematização da Assistência de Enfermagem enquanto sistema, sistematização da referida Assistência enquanto processo e sua sistematização enquanto método.

1.2.1 Sistematização da Assistência de Enfermagem Enquanto Sistema

O tema SAE tem sido conceituado também como PE e MAE. Desta forma, consideramos que o Processo de Enfermagem e o Método de Assistência de Enfermagem são importantes elementos da SAE.

Segundo Bachion, Ramos e Antunes (2010), a SAE é uma expressão de larga utilização na profissão de Enfermagem e diz respeito à cultura da enfermagem brasileira, uma vez que, nos demais países, essa expressão não é empregada.

SAE é a organização do trabalho, segundo as fases do seu fluxo. Implica tanto a definição da natureza do trabalho a ser realizado (por exemplo, urgência e emergência, Clínica Cirúrgica e outros) quanto a definição do PE (o trabalho a ser realizado), desde a base teórico-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).

A Resolução n.º 358/2009 do COFEN considera que ao enfermeiro incumbe a liderança na execução e avaliação do PE, 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. Tal metodologia subsidia ações de Assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

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. Com a implementação dessa metodologia, o enfermeiro poderá 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 de seus instrumentos.

1.2.2 Sistematização da Assistência de Enfermagem Enquanto Processo

No que tange ao conceito de PE, alguns autores (HORTA, 1971; HORTA, 1979; CASTELLANOS; CASTILHO, 2000; CIANCIARULLO, 2003) o definem como um conjunto de elementos, ações, etapas, fases ou passos sistematizados, utilizados pelos enfermeiros para a solução dos problemas/diagnósticos dos clientes. Entretanto, alguns pesquisadores (YURA; WALSH, 1978; CRUZ, 2008) também o apresentam como um método ou um instrumento metodológico da Assistência de Enfermagem.

Tannure e Gonçalves (2008) utilizam SAE como sinônimo do PE, destacando que é preciso selecionar e adotar uma teoria de enfermagem como etapa que inicia a implantação das etapas da SAE.

Fuly, Leite e Lima (2008), por sua vez, afirmam que, do ponto de vista semântico, as concepções de processo (ato de proceder, ir adiante) e de método (caminho para chegar a um determinado objetivo) são diferentes (FERREIRA, 2004).

Segundo Horta (1971), processo “é uma série de ações sistemáticas visando certo resultado; ato de proceder; ação de ser feito progressivamente; qualquer fenômeno que mostra uma contínua mudança no tempo, como o processo de crescimento; ou uma série de ações ou operações que conduzem definitivamente a um fim”, e metodologia do PE “é a arte de guiar ou orientar a dinâmica das ações sistematizadas de enfermagem, visando à assistência de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade” (HORTA, 1971), caracterizando-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos (HORTA, 1979).

Cianciarullo (2001) igualmente entende o PE como uma série de etapas ou passos que focalizam a individualização do cuidado através de uma abordagem de solução de problemas, utilizando-se o método científico. O referido autor é orientado por teorias ou modelos conceituais de Enfermagem, regendo-se também pelos conhecimentos científicos e pelas experiências individuais (CIANCIARULLO, 2003).

O PE é o método através do qual essa estrutura é aplicada à prática da Enfermagem. Trata-se de uma abordagem deliberativa de solução de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, e está voltada à satisfação das necessidades do sistema do cliente/família (SMITH; GERMAIN, 1975). Tal método pode ser definido à luz de três grandes dimensões: propósito, pois oferece

uma estrutura de atendimento às necessidades individualizadas do cliente, família, e comunidade; organização, uma vez que está dividido em cinco fases (histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação); e propriedades, pois trata-se de um método intencional, sistemático, dinâmico, interativo, flexível e baseado em teorias.

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 assistência individualizada 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 o 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, 2001).

O PE é um instrumento metodológico e sistemático de prestação de cuidados, que serve à atividade intelectual do enfermeiro e que provê um guia para um determinado estilo de julgamento (CRUZ, 2008). É um método contínuo, sistemático, crítico, ordenado, de se coletar, julgar, analisar e interpretar informações sobre necessidades físicas e psíquicas do paciente, para levá-lo à saúde, à normalidade (YURA; WALSH, 1978).

Já para Mussi et al. (1997), o PE é um instrumento de trabalho que sugere uma sequência de raciocínio lógico, comum a várias atividades humanas, profissionais ou não. E, nesse sentido, constitui uma ferramenta que pode ser de uso comum pelos enfermeiros na prática de sua profissão. O uso desse instrumento poderá favorecer o direcionamento, a organização, o controle e a avaliação das atividades inerentes ao ato de cuidar, possibilitando o raciocínio que os enfermeiros utilizam na prática, isto é, o encadeamento de seus pensamentos e juízos.

Para Jesus (1992), o PE, por um lado, é um método de organização da assistência, de modo a torná-la mais científica e não intuitiva e, de outro, um método de organização do trabalho, que possibilita uma prática sistemática e organizada em passos preestabelecidos. Segundo Rossi (1997), tal processo é também uma filosofia que oferece um conjunto de crenças e que orienta o método.

Enquanto método que sistematiza a Assistência de Enfermagem de forma mais humanizada, o PE segue etapas sequenciais e interligadas, visando à eficiência e alcance de resultados benéficos para o cliente em longo prazo, considerando prioritariamente os interesses, expectativas e desejos do cliente (pessoa, família, comunidade) no atendimento de sua saúde (ALFARO-LEFEVRE, 2000).

Por outro lado, Leopardi (2006) considera que o PE é resultado da interação entre os agentes responsáveis pelo cuidado (enfermeiro e cliente), com objetivos específicos, com vistas a um alcance de bem-estar ou de uma morte tranquila. É um conceito unificador da profissão, à medida que discrimina os elementos do processo de trabalho assistencial e demonstra a função da Enfermagem por meio do uso da ciência, arte e método. Tal autora também pontua que o PE ainda restaura para a Enfermagem seu primeiro compromisso, que é o de cuidar das pessoas, numa base personalizada, humana e técnica, bem de acordo com a Prática de Enfermagem, que exige conhecimentos e habilidades para diagnosticar e cuidar terapêuticamente, considerando as respostas das pessoas a problemas reais ou potenciais de saúde, por meio de ações pensadas para manter o máximo bem-estar possível.

Diferentemente de outros autores, Leopardi (2006) enumera seis componentes do PE: motivo (necessidade apresentada), agente profissional (enfermeiro), interagente enfermo (indivíduo com uma necessidade), marco teórico (conhecimento necessário), objetivo (meta após o cuidado) e recursos (instrumentos).

De uma forma geral, o PE tem sido conceituado como a aplicação dos passos do histórico, do diagnóstico, da prescrição e da evolução de enfermagem, que auxiliam o enfermeiro na identificação dos problemas e na tomada de decisão para a implementação do cuidado.

1.2.3 Sistematização da Assistência de Enfermagem Enquanto Método

Com relação ao terceiro conceito, o Método de Assistência de Enfermagem tem sido concebido como o caminho, o meio, o modo de fazer (CAMPEDELLI, 2000; LEOPARDI, 2006) e também como um instrumento e um processo (CARRARO, 1994; CAMPEDELLI, 2000; LEOPARDI, 2006) para sistematizar o cuidado ao cliente. Desta forma, percebe-se que existem diferenças entre as idéias dos autores citados, demonstrando falta de consenso na utilização de alguns termos para o conceito de Método de Assistência de Enfermagem. O mesmo afirmam Fuly, Leite e Lima (2008) em seus estudos sobre as correntes de pensamento nacionais na SAE.

Método é caminho, modo de fazer, regulado pela compreensão de uma situação, da finalidade da ação projetada e das potencialidades da situação transformar-se ou ser transformada. É o modo de conceber a necessidade e o cuidado, concretizado por meio de procedimentos, de forma ordenada e lógica. É um modo de conduzir o trabalho, uma escolha implicada com valores, conceitos e finalidade do cuidado. Pode ou não ter como base uma das teorias de Enfermagem, ou um sincretismo de duas ou mais teorias, desde que não haja incongruência filosófica entre elas (LEOPARDI, 2006).

Campedelli (2000) cita que o MAE é o meio pelo qual é implementada a Assistência de Enfermagem ao paciente. O método varia em função da Teoria de Enfermagem utilizada, sendo chamado genericamente de “processo”. É o caminho proposto para se atingir o resultado desejado das intervenções de Enfermagem.

Segundo Carraro (1994), o MAE é um processo dinâmico, aberto e contínuo que visa a propiciar ao paciente as melhores condições para vivenciar de modo mais saudável o processo saúde-doença, que o levou a conviver por um período com a Equipe de Saúde.

O MAE é um instrumento capaz de encaminhar projetos, por determinar sistematização das tarefas de cuidar. É um sistema de prática, no qual o profissional usa seus conhecimentos e habilidades para diagnosticar e cuidar terapêuticamente das pessoas, pela análise das suas respostas a problemas reais ou potenciais de saúde. Constitui-se numa série de ações pensadas para manter o máximo bem-estar possível, a partir de uma dada quantidade e qualidade de assistência. Tem como características: intencionalidade, sistematização, dinamicidade, interatividade,

flexibilidade e exigência de uma base teórica e é também um dos elementos da SAE, estabelecido como lógica para a realização do trabalho (LEOPARDI, 2006).

Adotando-se os passos do método científico, ocorre a operacionalização da metodologia da Assistência de Enfermagem, utilizando-se de suas etapas articuladas entre si, as quais complementam-se e ocorrem simultaneamente ou não (WESTPHALEN; CARRARO, 2001).

Na prática, esse método de trabalho, enquanto estrutura da sistematização da assistência, reforça o papel gerencial do enfermeiro em cada momento do processo, para um controle mais efetivo dos resultados e como estratégia, dirige várias faces do trabalho de Assistência da Enfermagem, de modo que ocorrem os seguintes passos, segundo Leopardi (2006):

(...) predeterminação do fluxo de trabalho: a organização das atividades deixa de ser eventual para ser conduzida como sistema, determinando atribuições de acordo com o correspondente preparo ou competência do agente e complexidade dos procedimentos empregados; determinação do lugar do enfermeiro como a autoridade intelectual para o papel gerencial da assistência; institucionalização dos mecanismos de controle e avaliação sobre o trabalho dos executores de acordo com sua habilidade; diminuição das tensões nas relações de trabalho, porque define quem são os executores, de acordo com suas habilidades; sustentação de um padrão mínimo de qualidade da assistência; e melhor sistema de registro de informações sobre o paciente.

As definições dos diversos métodos de organização da Assistência de Enfermagem determinam que o enfermeiro seja o responsável maior pelo planejamento dos cuidados de enfermagem ao cliente. Desta forma, torna-se necessário que esse profissional utilize técnicas para conhecer, julgar, avaliar e tomar decisões acerca do outro.

1.3 ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Horta (1979) descreve seis fases do PE, assim representadas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial de Enfermagem, Plano de Cuidado ou Prescrição de Enfermagem, Evolução de Enfermagem e Prognóstico de Enfermagem.

Histórico de Enfermagem “é um roteiro sistemático para o levantamento de dados do indivíduo, família ou comunidade, que sejam significativos para o enfermeiro, a fim de tornar possível a identificação dos seus problemas e chegar ao diagnóstico de enfermagem”.

Diagnóstico de Enfermagem “é a identificação das necessidades humanas básicas do indivíduo, família ou comunidade que precisam de atendimento e a determinação, pelo enfermeiro, do grau de dependência desse atendimento em natureza e extensão”.

Plano Assistencial de Enfermagem “é a determinação global da assistência de enfermagem que o indivíduo, família ou comunidade precisam receber diante do diagnóstico de enfermagem estabelecido”.

Plano de Cuidado ou Prescrição de Enfermagem “é o roteiro diário que coordena a ação de equipe de enfermagem na execução dos cuidados decorrentes da implantação do plano assistencial de enfermagem, adequados às necessidades básicas e específicas de cada paciente”.

Evolução de Enfermagem “é o relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no indivíduo, família ou comunidade, enquanto estiver sob assistência de enfermagem”.

Prognóstico de Enfermagem “é a estimativa da capacidade do indivíduo, família ou comunidade em atender suas necessidades básicas afetadas, feita a partir da implementação do plano assistencial de enfermagem, tendo como base os dados fornecidos pela evolução de enfermagem”.

As etapas do PE sofreram modificações ao longo do tempo. A princípio, eram em número de três. Posteriormente, foram identificadas quatro, cinco e até seis fases, com terminologias diferentes para um mesmo propósito (JESUS, 1992).

Leopardi (2006) enfatiza também que os passos da MAE são similares aos do método científico, reelaborados de acordo com a linguagem profissional, desde o contato com a situação até à resolução do problema que ela apresenta. Assim são citados os seguintes passos do método científico e da metodologia: “levantamento de dados ou histórico de enfermagem, síntese hipotética ou diagnóstico de enfermagem, projeto ou plano de cuidados, execução ou implementação do plano e avaliação de resultados e evolução da condição do enfermo”.

No entendimento de Leopardi (2006), os passos do PE são diferentes daqueles apontados na legislação, ou seja, compreendem momentos do trabalho, que se iniciam com o primeiro encontro entre o profissional enfermeiro e o “enfermo”, e terminam quando a finalidade do encontro é alcançada, quando então eles encerram o vínculo terapêutico. São, portanto:

(...) estabelecimento inicial da relação terapêutica, por demanda ou busca ativa; abordagem do enfermo, família ou grupo, por meio de uma entrevista; registro de informações obtidas na entrevista; estabelecimento de hipóteses terapêuticas; definição de ações terapêuticas, gerenciamento das ações terapêuticas; avaliação dos resultados das ações terapêuticas; validação, junto ao enfermo, da satisfação das necessidades apresentadas; e finalização do vínculo terapêutico.

Segundo Alfaró-LeFevre (2005), o PE é descrito em cinco etapas:

- 1) Investigação – Nesta etapa, dão-se a coleta e o exame das informações sobre a situação de saúde, buscando-se evidências do funcionamento anormal ou de fatores de risco que possam contribuir para os problemas de saúde. É também em tal etapa que são procuradas evidências de pontos fortes do cliente;
- 2) Diagnóstico (identificação de problemas) – Etapa em que se analisam os dados e se identificam problemas reais e potenciais que são a base do Plano de Cuidados. Nesta fase, também identificam-se pontos fortes, essenciais para o desenvolvimento de um plano eficiente;
- 3) Planejamento – Nesta etapa são realizadas os seguintes passos essenciais: determinação de prioridades imediatas, estabelecimento de resultados esperados (metas), determinação das intervenções, registro ou individualização do Plano de Cuidados, determinação das intervenções (ações de Enfermagem) e registro ou individualização do Plano de Cuidados;
- 4) Implementação – 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;
- 5) Avaliação – Fase em que se verifica se a pessoa atingiu os resultados esperados.

Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993) mencionam que o PE está organizado em cinco fases identificáveis, a saber: Histórico, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação, as quais são descritas da seguinte forma:

O Histórico é a primeira fase, na qual as atividades estão centralizadas na coleta de informações referentes ao cliente, ao sistema do cliente/da família ou à comunidade, com o propósito de identificar as necessidades, problemas, preocupações ou reações humanas do cliente através de entrevista ou do histórico de enfermagem, bem como no exame físico, nos resultados laboratoriais e em outras fontes;

Durante o Diagnóstico, os dados coletados no Histórico são analisados e interpretados criteriosamente, e os diagnósticos de enfermagem são identificados, propiciando um foco central para as fases subsequentes. Com base nesses diagnósticos, é elaborado, implementado e avaliado o Plano de Cuidados. Esses dados oferecem um método eficiente de comunicação dos problemas do cliente;

No Planejamento, são desenvolvidas estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados no Diagnóstico de Enfermagem. Esta fase consiste em vários passos: estabelecimento de prioridades para os problemas diagnosticados, fixação de resultado com o cliente, registro escrito de intervenções de enfermagem e dos diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções de enfermagem;

A Implementação é o início e a conclusão das ações necessárias à consecução dos resultados definidos durante o estágio de Planejamento. Envolve comunicação do Plano a todos os participantes, do atendimento ao cliente. As intervenções podem ser executadas por membros da Equipe de Saúde, pelo cliente e por sua família;

Na Avaliação, que é a última fase do PE, determina-se o quanto as metas de cuidados foram alcançadas. O enfermeiro avalia o progresso do cliente, institui, caso necessário, medidas corretivas e revisa o Plano de Cuidados de Enfermagem.

A Teoria das NHBs de Horta tem sido adotada para a aplicação do PE na organização e planejamento da assistência. No próximo capítulo, serão apresentados os fundamentos dessa teoria.

1.4 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS E A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Teoria das NHBs de Horta é bastante aplicada em outras realidades brasileiras e a maioria dos enfermeiros reconhece esse modelo conceitual. Além disso, tem sido amplamente utilizada nas pesquisas (LEON; FREITAS; NÓBREGA, 2009) de SAE no Brasil.

De acordo com Neves e Trentini (1988), a teoria orientada para a prática é dirigida para produzir mudanças ou efeitos desejados em determinada condição ou fenômeno. Assim, as teorias se apresentam como formas de olhar/compreender os fenômenos da Enfermagem. Alguns destes são abordados em praticamente todas as Teorias de Enfermagem, porque representam o centro da sua prática. São eles: o ser humano, o ambiente, a saúde/doença e a Enfermagem.

Genericamente, o termo “necessidade” é entendido como “qualidade ou caráter do necessário, exigência”. Necessário é o “que não se pode dispensar”. Necessitar é “carecer de” (FERREIRA, 1990). “Necessidade” indica ainda uma contingência, uma exclusividade, ou seja, se algo é necessário, o é de forma incondicional. “Necessário” é a manifestação correspondente da necessidade, o que significa que uma necessidade é anulada ao ser satisfeita (PAULA, 1990).

Entretanto, filosoficamente, uma necessidade pode expressar diferentes fenômenos. Primeiro, pode indicar um estado de deficiência ou de diferença. Segundo, pode referir-se a um estado de tensão no organismo, o qual é considerado como uma motivação ou uma força que impele para um determinado comportamento. Terceiro, pode referir-se a alguma coisa que é necessitada; e, neste caso, uma necessidade é expressa pelo objeto que é necessitado (BENEDET; BUB, 2001).

A utilização do conceito de “necessidades” na Assistência de Enfermagem requer que alguns critérios sejam estabelecidos a fim de se identificarem aquelas necessidades consideradas mais importantes, pois não é possível satisfazer a toda e qualquer necessidade ou desejo que as pessoas tenham. É por esta razão que é comum classificar “necessidades” de acordo com a importância de seus objetivos e dos propósitos da sua utilização.

Horta (1979) partiu do pressuposto de que, embora as necessidades sejam universais, a forma de manifestação e de satisfação varia de uma pessoa para outra, conforme idade, sexo, cultura, escolaridade, fatores socioeconômicos, o ciclo saúde-enfermidade, o ambiente, entre outros. Apesar de esta autora citar a Teoria da Motivação Humana, de Maslow (1970), que inclui cinco necessidades básicas (fisiológicas, de segurança, de pertencer e de amor, de estima e a de auto-realização), que se desenvolvem à medida que um indivíduo cresce e se torna maduro, ela preferiu adotar a denominação proposta por João Mohana (1964), que classificou as necessidades em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (MURRAY; HUELSKOETTER, 1987; BRUNNER; SUDDARTH, 2005).

Segundo a teoria de Mohana (1989), as necessidades psicobiológicas são forças, instintos ou energias inconscientes que brotam sem planejamento prévio do nível psicobiológico, e se manifestam na tendência de se alimentar, na de se encontrar sexualmente, e assim por diante. A tendência de conversar, de conviver socialmente, a de se afirmar perante si, de se fazer valer perante os outros, são instintos do nível psicossocial que manifestam as necessidades desse nível. As necessidades psicoespirituais manifestam-se através da tendência de se cogitar sobre o sentido da vida: a tendência a se ultrapassar, a se autotransceder, a se contactar com uma realidade que satisfaça sua condição de ser aberto e incompleto, de fazer experiências não apenas com os seres relativos e que não respondem às suas indagações. Tais manifestações nesse nível são específicas do homem.

A teorista considerou as NHBs como os entes da Enfermagem, no sentido que este termo pode ser compreendido como algo essencial ou substancial à sua teoria, por fazerem parte de um ser – o ser humano –, e conceituou-as inicialmente como “certas condições que precisam ser atendidas a fim de que o indivíduo conserve a vida e mantenha seu bem-estar” (GONÇALVES; GRAZIANO, 1987). No desenrolar do seu trabalho, Horta chegou à seguinte definição para as NHBs:

São condições ou situações que o indivíduo, família e ou comunidade apresentam, decorrentes do desequilíbrio homeodinâmico dos fenômenos vitais, as quais exigem uma resolução, e podem ser aparentes, conscientes, verbalizadas ou não (HORTA, 1975; HORTA, 1979).

Essas necessidades são inter-relacionadas, devido ao fato de fazerem parte de um todo - o ser humano - dentro de uma abordagem holística. Dessa maneira, quando elas se manifestam, afetam o indivíduo como um todo e se fazem presentes através de sinais e sintomas que foram denominados, por Horta (1979), de “problemas de enfermagem”. O Quadro 1, a seguir, apresenta a Classificação das NHBs, descritas por Horta (1979).

Quadro 1 – Classificação das necessidades humanas básicas de Horta

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
Oxigenação	Segurança	Religiosa ou teológica, ética ou filosofia de vida
Hidratação	Amor	
Nutrição	Liberdade	
Eliminação	Comunicação	
Sono e repouso	Criatividade	
Exercício e atividades físicas	Aprendizagem (educação à saúde)	
Sexualidade	Gregária	
Abrigo	Recreação	
Mecânica corporal	Lazer	
Motilidade	Aceitação	
Cuidado corporal	Espaço	
Integridade cutâneo-mucosa	Auto-realização	
Integridade física	Auto-estima	
Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular	Auto-imagem	
Locomoção	Atenção	
Percepção: olfativa, visual, tátil, gustativa, dolorosa	Orientação no tempo e no espaço	
Ambiente	Participação	
Terapêutica		

Fonte: Horta (1979, p.40).

A seguir, serão apresentadas as três Categorias de NHBs e suas subcategorias:

1.4.1 Necessidades Psicobiológicas

Necessidades psicobiológicas são aquelas relacionadas com o corpo físico do indivíduo, tais como: oxigenação, alimentação, eliminação, sono e repouso, higiene e outros (HORTA, 1979).

Alguns autores classificam e definem as subcategorias de NHBs psicobiológicas em oxigenação, regulação vascular, integridade física (BEYERS; DUDAS, 1989; GUYTON; HALL, 2000) e regulação neurológica (ATKINSON; MURRAY, 1989).

- Oxigenação é a necessidade do organismo de obter o oxigênio através da ventilação, da difusão do oxigênio e dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue, do transporte do oxigênio para os tecidos periféricos e da remoção do dióxido de carbono; e da regulação da respiração, com o objetivo de produzir energia ou trifosfato de adenosina (ATP) e manter a vida;
- Regulação vascular é a necessidade do organismo de transportar e distribuir nutrientes vitais através do sangue para os tecidos e remover substâncias desnecessárias, com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência do organismo;
- Integridade física é a necessidade de o organismo manter as características de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso, com o objetivo de proteger o corpo; e, por fim,
- Regulação neurológica, que é a necessidade do indivíduo de preservar e/ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso, com o objetivo de controlar e coordenar as funções e atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento.

Outros autores (BENEDET; BUB, 2001) dividem as subcategorias de NHBs psicobiológicas em: percepção dos órgãos dos sentidos, regulação térmica, hidratação, alimentação, eliminação, sono e repouso, atividade física, cuidado corporal, segurança física e meio ambiente, sexualidade, regulação (crescimento celular) e terapêutica, sendo essas subcategorias definidas da seguinte forma:

- Percepção dos órgãos dos sentidos é a necessidade de o organismo perceber o meio através de estímulos, com o objetivo de interagir com os outros e perceber o ambiente;
- Regulação térmica é a necessidade de o organismo manter a temperatura central (temperatura interna) entre 36° e 37,7°C, com o objetivo de obter um equilíbrio da temperatura corporal com a produção e a perda de energia térmica;
- Hidratação é a necessidade de o organismo manter em nível ótimo os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água, com o objetivo de favorecer o metabolismo corporal;
- Alimentação é a necessidade de o indivíduo obter os alimentos necessários, com objetivo de nutrir o corpo e manter a vida;
- Eliminação é a necessidade de o organismo eliminar substâncias indesejáveis ou presentes em quantidades excessivas, com o objetivo de manter a homeostase corporal;
- Sono e repouso é a necessidade de o organismo manter, durante certo período diário, a suspensão natural, periódica e relativa da consciência; corpo e mente em estado de imobilidade parcial ou completa e as funções corporais parcialmente diminuídas, com o objetivo de obter restauração;
- Atividade física é a necessidade de o indivíduo mover-se intencionalmente sob determinadas circunstâncias pelo uso da capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares, com o objetivo de evitar lesões tissulares (vasculares, musculares, osteoarticulares), exercitar-se, trabalhar, satisfazer outras necessidades, realizar desejos e sentir-se bem;
- Cuidado corporal é a necessidade de o indivíduo, deliberada, responsável e eficazmente, realizar atividades, com o objetivo de preservar seu asseio corporal;
- Segurança física e meio ambiente é a necessidade de se manter um meio ambiente livre de agentes agressores à vida, com o objetivo de se preservar a integridade psicobiológica;
- Sexualidade é a necessidade de se integrarem aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser, com o objetivo de se obter prazer e consumir o relacionamento sexual com um parceiro ou parceira e procriar;

- Regulação (crescimento celular) é a necessidade do organismo de manter a multiplicação celular e o crescimento tecidual dentro dos padrões da normalidade, com o objetivo de crescer e desenvolver-se; e
- Terapêutica é a necessidade de o indivíduo buscar ajuda profissional para auxiliar no cuidado à saúde, com o objetivo de promovê-la, mantê-la e/ou recuperá-la.

1.4.2 Necessidades Psicossociais

Necessidades psicossociais são aquelas relacionadas com a convivência com outros seres humanos, em família e nas instituições sociais e políticas, desde ter direito à privacidade, ao lazer, ao trabalho, até à participação em grupos de vivência e partidos políticos (HORTA, 1979).

Benedet e Bub (2001) apresentam as seguintes subcategorias de NHBs psicossociais: comunicação, gregária, recreação e lazer, segurança emocional, amor e aceitação, liberdade e participação, educação para saúde e aprendizagem, auto-realização e criatividade, sendo assim conceituadas:

- Comunicação é a necessidade de enviar e receber mensagens, utilizando-se linguagem verbal (palavra falada e escrita) e não-verbal (símbolos, sinais, gestos, expressões faciais), com o objetivo de interagir com os outros;
- Gregária é a necessidade de se viver em grupo, com o objetivo de interagir com os outros e realizar trocas sociais;
- Recreação e lazer é a necessidade de se utilizar a criatividade para produzir e reproduzir idéias e coisas, com o objetivo de entreter-se, distrair-se e divertir-se;
- Segurança emocional é a necessidade de se vir a confiar nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si, com o objetivo de sentir-se seguro emocionalmente;
- Amor e aceitação é a necessidade de se vir a ter sentimentos e emoções em relação às pessoas em geral, com o objetivo de ser aceito e integrado aos grupos e de ter amigos e família;

- Liberdade e participação são necessidades que cada um tem de agir conforme a sua própria determinação, dentro de uma sociedade organizada, respeitando-se os limites impostos por normas definidas (sociais, culturais, legais). Em resumo, é o direito que cada um tem de concordar ou discordar, informar e ser informado, delimitar e ser delimitado, com o objetivo de ser livre e preservar sua autonomia;
- Educação para a saúde e aprendizagem são necessidades de se adquirir conhecimento e/ou habilidade para responder a uma situação nova ou já conhecida, com vistas à adoção de comportamentos saudáveis e à manutenção da saúde;
- Auto-realização é a necessidade de se realizar o máximo, de acordo com as capacidades física, mental, emocional e social, com o objetivo de tornar-se o tipo de pessoa que se deseja ser; e
- Criatividade é a necessidade de vir a ter idéias e produzir novas coisas, com o objetivo de realizar-se (vir a ser).

Para Branden (1998), as subcategorias psicossociais de auto-estima, autoconfiança e auto-respeito são conceituadas como:

(...) necessidades de sentir-se adequado para enfrentar os desafios da vida, de ter confiança em suas próprias idéias, de ter respeito por si próprio, de se valorizar, de se reconhecer merecedor de amor e felicidade, de não ter medo de expor suas idéias, desejos e necessidades, com o objetivo de obter controle sobre a própria vida, de sentir bem-estar psicológico e de se perceber como centro vital da própria existência.

1.4.3 Necessidades Psicoespirituais

Necessidades psicoespirituais são aquelas que derivam dos valores e crenças dos indivíduos, tais como opção por uma maneira de encarar a doença e o tratamento, o apoio espiritual dos que compartilham suas crenças e espaço para expressá-las (HORTA, 1979).

- Espiritualidade: é uma necessidade inerente aos seres humanos e está vinculada àqueles fatores necessários para o estabelecimento de um relacionamento dinâmico entre a pessoa e um ser ou entidade superior, com o objetivo de sentir bem-estar espiritual. Ter crenças relativas ao significado da vida. Cabe ressaltar que espiritualidade não é o mesmo que religião (BENEDET; BUB, 2001).

1.5 PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM E A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O processo de trabalho é o modo como o homem produz e reproduz sua existência, conseqüentemente as circunstâncias fazem os homens, da mesma forma que os homens fazem as circunstâncias (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

É o processo de atividade humana dirigida a um fim, por meio do qual os seres humanos atuam sobre a natureza externa e a modificam, para que ela possa responder às suas necessidades, ao mesmo tempo que modificam sua própria natureza. O trabalho, no seu percurso histórico, foi institucionalizado e dessa institucionalização surge a produção de bens e serviços, de acordo com regulações sociais (LEOPARDI, 2006).

Segundo Marx (1994), o processo de trabalho pode ser decomposto em três elementos: (a) o objeto do trabalho: aquilo sobre o que incide a atividade e que será transformado no decorrer do processo, constituindo-se em produto; (b) os meios e instrumentos do trabalho; e (c) a atividade adequada a um fim, o trabalho propriamente dito, que se organiza de uma forma específica.

Já para Leopardi (2006), o processo de trabalho tem quatro elementos, que são: finalidade – o objetivo que orienta todo o processo de trabalho; objeto de trabalho – a matéria a que se aplica o trabalho, aquilo sobre o que se realiza a atividade; instrumento de trabalho – uma coisa ou complexo de coisas que o trabalhador insere, coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho, e que lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto; e força de trabalho – conjunto de habilidades físicas e mentais existentes no corpo e na personalidade viva de um ser humano, as quais ele põe em ação toda vez que produz bens ou serviços de

qualquer espécie. As condições de vida, de saúde e de trabalho, bem como a sua formação, são aspectos particulares que determinam essas faculdades físicas e mentais do trabalhador.

Na SAE, o trabalho resulta na produção de ações, cuidados e intervenções para os problemas ou diagnósticos do indivíduo, família e comunidade. Esta, por sua vez, traz uma demanda de serviços relacionados ao processo saúde-doença e que necessitam de atendimento da Equipe de Enfermagem.

Segundo Gomes et al. (1997), o trabalho de Enfermagem está organizado em três direções: a primeira, no sentido de organizar o cuidado do doente, que se dá pela sistematização das técnicas de Enfermagem; a segunda, no sentido de organizar o ambiente terapêutico, por meio de mecanismos de purificação do ar, limpeza, higiene e outros; e a terceira, no sentido de organizar os agentes de Enfermagem, por meio do treinamento, utilizando técnicas e mecanismos disciplinares.

O processo de trabalho em Saúde é um processo coletivo, no qual as áreas técnicas específicas, como Medicina, Farmácia, Odontologia, Nutrição, Serviço Social, Enfermagem, entre outras, compõem o todo. Esse processo tem como finalidade atender ao ser humano em algum momento de sua vida, submetendo-o à intervenção de profissionais de Saúde e a uma parcela desse atendimento (LEOPARDI, 2006).

Leopardi (2006) também afirma que o processo de trabalho em Enfermagem é complementar e interdependente do processo de trabalho em Saúde. Uma vez que é exercida por diversas categorias profissionais, a Enfermagem é também um processo coletivo e ocorre por distribuição de partes dele entre seus diversos agentes. Nessa divisão, as ações são hierarquizadas por complexidade de concepção e execução, o que exige habilidades diferentes para o manejo dos diversos instrumentos e métodos.

Para explicitar essa divisão, Peduzzi e Anselmi (2002) analisaram o processo de trabalho em Enfermagem e identificaram o cuidado de enfermagem como objeto de intervenção central das ações executadas, sobretudo pelo auxiliar de Enfermagem, e o gerenciamento desse cuidado como trabalho nuclear do enfermeiro. O primeiro é realizado pelo pessoal de Enfermagem de nível médio e de nível básico profissionalizante; e o segundo, que abarca atividades de planejamento,

organização, supervisão e avaliação do cuidado, fica sob a responsabilidade do enfermeiro.

No processo de trabalho em Enfermagem, o objeto é o indivíduo, família ou comunidade, onde incidem as ações de enfermagem, que serão transformadas na recuperação e atendimento das NHBs desse indivíduo; os meios e instrumentos são os recursos humanos e materiais utilizados para a realização do trabalho de Enfermagem; e as atividades são as metodologias de assistência de enfermagem, que são utilizadas para organizar o que diz respeito ao cuidado ao paciente.

Diversos autores (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002; WILLIG; LENARDT, 2002; KIRCHHOF, 2003; FELLI; PEDUZZI, 2005) reiteram que, comumente, o processo de cuidar e o de administrar em Enfermagem subdivide-se em duas dimensões: a primeira tem como objeto o Cuidado de Enfermagem e caracteriza o trabalho assistencial; a segunda, o gerenciamento e tem como objetos a organização da Assistência de Enfermagem e os recursos humanos dessa área.

Já para Silva (1986), o processo de trabalho em Enfermagem tem três subprocessos principais, que estão representados pelo cuidar ou assistir, o administrar ou gerenciar; e o pesquisar e ensinar, sendo que cada um desses elementos pode ser tomado como um processo à parte, com seus próprios objetos, meios, instrumentos e atividades.

Neste sentido, o processo de cuidar tem sua especificidade e caracteriza-se pela observação, o levantamento de dados, o planejamento, a evolução, a avaliação, os sistemas de assistência, os procedimentos técnicos e os de comunicação e interação entre pacientes e trabalhadores da Enfermagem, e entre os diversos profissionais da Saúde (WILLIG; LENARDT, 2002).

O enfermeiro tem por competência a coordenação do processo de cuidar e, como instrumentos, a sistematização do cuidar, a mediação das relações profissionais e representação da sua equipe junto às esferas de gestão, e a interface com o processo de administrar (AZZOLIN, 2007).

Gerenciar é saber planejar, é saber estabelecer um bom plano de ação envolvendo a equipe. Para isso, é preciso definir aonde se quer chegar, levantar informações sobre o assunto, verificar as causas que impedem alcançar os objetivos e propor ações para cada causa importante (CAMPOS, 1994).

Segundo Campos, Merhy e Nunes (1989) e Mishima et al. (1997), pode-se compreender que a gerência é um instrumento essencial para a implementação de um modelo assistencial a ser executado dentro da área da Saúde e para a concretização do respectivo processo de trabalho.

No processo gerencial do enfermeiro, os objetos de trabalho são a organização do trabalho e os recursos humanos em Enfermagem. Para a execução desse processo, é utilizado um conjunto de instrumentos técnicos próprios da gerência, ou seja, o planejamento, o dimensionamento de pessoal de Enfermagem, o recrutamento e seleção de pessoal, a educação continuada ou permanente, a supervisão, a avaliação de desempenho e outros (FELLI; PEDUZZI, 2005).

No processo de gerenciar, a Enfermagem tem como foco organizar a assistência e proporcionar a qualificação do pessoal através da educação continuada, apropriando-se, para isto, da coordenação dos serviços, do controle do processo, da direção, dos saberes administrativos, das instituições de Saúde, dos modelos e métodos de administração, do planejamento, da força de trabalho da Enfermagem e dos equipamentos e materiais permanentes (SILVA, 1996; WILLIG; LENARDT, 2002).

Entretanto, vale destacar que as atividades do trabalho gerencial são organizadas de uma determinada forma, em que estão presentes a rotinização e a normatização; a hierarquia, o controle e a autoridade; a divisão do trabalho por categoria de trabalhadores, por turnos e por atividades (SILVA, 1996).

Segundo Almeida et al. (1994), o processo de trabalho gerencial abarca quatro dimensões, quais sejam: as dimensões técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania.

A dimensão técnica é definida como o conjunto de instrumentos, conhecimentos e habilidades necessários para atingir os objetivos de um determinado projeto, tais como: planejamento, coordenação, supervisão, controle, avaliação e ainda o conjunto de saberes como epidemiologia, sociologia, antropologia, planejamento em saúde e outros. A dimensão política é aquela que articula o trabalho gerencial ao projeto assistencial que se propõe a executar. A dimensão comunicativa evidencia as relações de trabalho da Equipe de Saúde, visando à cooperação para se chegar a um objetivo e, sobretudo, à construção de um projeto comum. Finalmente, na dimensão do desenvolvimento da cidadania, há o estabelecimento de uma relação em forma de diálogo que mediará a teoria e a

prática, particularmente na fixação do vínculo entre os agentes presentes no processo de trabalho e os clientes que utilizam os Serviços de Saúde (ALMEIDA et al., 1994).

Neste sentido, Mishima (1995) reforça que, entre as atividades gerenciais, existem intervenções burocráticas a serem realizadas, embora, quando se trata de promover eficácia e eficiência da assistência e do cuidado realizado na instituição, o enfermeiro deva ir muito além da burocracia para alcançar a qualidade desejada.

Willig (2002) recomenda que o gerenciamento no processo de trabalho da Enfermagem tem como foco principal a organização da assistência, traduzida como o planejamento de ações compartilhadas. Esse gerenciamento permitirá ao enfermeiro e sua equipe desenvolverem o trabalho de forma eficiente e com qualidade. Afirma ainda o autor ser essencial que o enfermeiro se aproprie dos instrumentos gerenciais para transformar o processo de cuidar.

Ferraz (2000) reconhece a desarticulação entre a assistência e a gerência de Enfermagem ao afirmar que, na administração em Enfermagem, existe um vácuo na formulação e coordenação de diretrizes para a assistência integral ao paciente hospitalizado. E é possível ainda reconhecer na Enfermagem que o processo de cuidar e o de administrar quase não se tocam, configurando-se eixos distintos que têm corrido em paralelo.

Hausmann (2006) apresenta resultado semelhante, pois, ao investigar a articulação entre a dimensão gerencial e a assistencial do processo de trabalho do enfermeiro, observa que a visita e a aplicação da SAE são executadas de forma sucinta e/ou parcial frente à sobrecarga de trabalho. Sendo assim, prevalecem no processo de trabalho gerencial do enfermeiro as atividades de gerenciamento de material, equipamentos e custos.

Para melhor articulação do gerenciamento do cuidado, deve-se considerar também a atuação recíproca de várias áreas profissionais, e não apenas a da Enfermagem com outros profissionais. Esta autora reforça, neste sentido, que, para haver o gerenciamento do cuidado, a Enfermagem precisa ter visão interdisciplinar, que inclui não só o enfermeiro, mas também todos os profissionais envolvidos no cuidado (FERRAZ, 2000).

Azzolin (2007) resgata o cuidado como o foco do gerenciamento do cuidar, sendo necessário o ensino do gerenciamento em Enfermagem, incluindo o cuidado de uma forma ampliada e possível de ser gerenciado no universo organizacional por parte das pessoas envolvidas no processo ensino-aprendizagem, dentro de uma dimensão que extrapole o tecnicismo.

Desta forma, George (2000) define Cuidado de Enfermagem como “o fenômeno abstrato e concreto relacionado com a assistência, o apoio ou a capacitação de experiências ou de comportamentos para outros ou por outros com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar uma condição humana ou forma de vida” e, ainda, presume que o cuidado é o enfoque distinto, dominante, unificador e central da Enfermagem e que, apesar da cura não poder ocorrer sem ele, ele pode ocorrer sem a cura.

Os resultados das pesquisas de Rossi e Casagrande (2001), Peduzzi e Anselmi (2002) mostram que o PE é um instrumento do processo de trabalho do enfermeiro e não pode ser utilizado como um fim em si mesmo, ou seja, sem articulação com outros instrumentos do processo de trabalho. Desse modo, é necessário reverem-se as estratégias empregadas para se ensinar a esse profissional, de modo que não ocorram a burocratização e a mecanização do PE, acabando por servir apenas como instrumento de imposição da própria instituição e do Cofen.

Em outro estudo realizado por Azzolin (2007), os docentes afirmam que o gerenciamento da assistência se restringe à aplicação do PE e propõem mudanças na questão do gerenciamento do cuidado, ou seja, referem-se à necessidade de um novo olhar que o enfermeiro tem que ter com relação a este. Esse olhar deve ser orientado, segundo a autora, para as relações interpessoais e para o contato com o paciente, como mecanismo para o desenvolvimento de estratégias para gerenciar o cuidado, a partir dos modelos assistenciais propostos. Discute ainda a autora que o trabalho gerencial do enfermeiro e a assistência de enfermagem se encontram articulados, porém com uma abordagem reduzida da assistência à aplicação da SAE. A esfera assistencial, convém ressaltar, é reduzida à aplicação do PE, que é considerado um instrumento do trabalho do enfermeiro e, portanto, não recobre a totalidade da prática assistencial, que envolve outros instrumentos, como a comunicação, o acolhimento, o vínculo e outros.

Deste modo, Leopardi (2006) recomenda que gerenciar e fazer assistência possibilitam uma decisão ampliada. Para isso é necessário desenvolver outros instrumentos, apreender a realidade e sair do processo de alienação em que os enfermeiros se encontram.

A articulação entre as dimensões gerencial e assistencial no processo de trabalho do enfermeiro visa principalmente a atender às reais necessidades dos pacientes, da Equipe de Enfermagem e da própria instituição. Neste sentido, a SAE é apontada como um instrumento gerencial e assistencial do trabalho do enfermeiro, resultando, conseqüentemente, na prática do gerenciamento do cuidado, que é considerado a expressão mais clara da boa prática de Enfermagem (HAUSMANN, 2006).

É imprescindível, portanto, vislumbrar uma maior amplitude do processo de trabalho gerencial, cujo centro ou foco principal venha a ser o cuidado ao cliente, a família e a comunidade e não as práticas administrativas que consomem o cotidiano e o trabalho do enfermeiro.

1.6 CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS PARA O ESTUDO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Este capítulo objetiva apresentar, de maneira breve, algumas orientações básicas da abordagem da Teoria das Representações Sociais (TRS), bem como de suas dimensões metodológicas, com o intuito de justificar o referencial teórico que norteia este estudo.

Para a identificação das representações da SAE, adotou-se a TRS, que é definida como uma forma de conhecimento do senso comum e está diretamente relacionada 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 têm (MOSCOVICI, 1978).

A TRP nasceu em 1961, quando Serge Moscovici, psicólogo social contemporâneo da Escola Construtivista francesa, a partir dos estudos de “representações coletivas” de Durkheim, desenvolveu a Psicossociologia do Conhecimento, que se propunha a redefinir os problemas e os conceitos da Psicologia Social.

A categoria “Representações Sociais (RS)” é central para a prática da pesquisa qualitativa, tanto para a realização de entrevistas como para a observação de campo. Tais Representações se manifestam em falas, atitudes e condutas que se institucionalizam e se rotinizam, podendo e devendo, portanto, ser analisadas. As RS se constituem na naturalização de modos de fazer, pensar e sentir habituais que se reproduzem e se modificam a partir das estruturas e das relações coletivas e de grupos (MINAYO, 2006).

O objetivo é re-interpretar os significados e sentidos dos discursos dos enfermeiros, a partir dos temas que se aproximam e se distanciam do objeto em estudo e dos sujeitos que vivenciam o processo de implementação da metodologia assistencial no cenário hospitalar.

Para justificar a utilização da TRS no contexto da implementação da SAE, torna-se necessário tecer algumas considerações, principalmente no que tange aos principais conceitos que abarcam essa teoria.

Durkheim é o autor que primeiro tratou do conceito de RS, usando a expressão “representações coletivas” para se referir à categoria de pensamento por meio da qual uma determinada sociedade elabora e expressa sua realidade. Essas representações traduzem a maneira como o grupo se pensa nas suas relações com os objetos que o afetam (MINAYO, 2006).

Max Weber (1985) usava os termos “idéias”, “espírito”, “concepções”, e “mentalidade”, de forma que estes estejam articulados com a “visão do mundo”, para se referir ao campo das RS. Para o mesmo autor, as idéias são juízos de valor que os indivíduos dotados de vontade possuem e que têm importância, como parte da realidade social, para a necessidade de compreender a que instância do social um determinado fato deve sua maior significância.

Outro conceito que circula as RS é apresentado por Schutz (1982), quando usa a noção de “senso comum” para mencionar que este é construído por meio da interpretação dos fatos do dia-a-dia, sendo, neste sentido, a existência cotidiana dotada de significados e portadora de estruturas de relevância para os grupos sociais que vivem, pensam e agem em determinado contexto social.

Para Minayo (2006), tanto o “senso comum” como o “bom senso” são sistemas empíricos de RS observáveis, capazes de revelar a natureza contraditória da organização em que os atores sociais estão inseridos.

Enquanto conceito, a RS é uma expressão filosófica que significa a reprodução de uma percepção anterior da realidade ou do conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais, essas representações são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a (MINAYO, 2006).

Segundo Moscovici (2005), a TRS adota como ponto de partida a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, em toda sua estranheza e imprevisibilidade. Seu objetivo é descobrir como os indivíduos e grupos podem construir um mundo estável, previsível, a partir de tal diversidade.

Moscovici (2005) entende que sujeito e objeto são indissociáveis, não existindo, por isso, separação entre o universo externo e o universo interno do indivíduo ou do grupo. Na percepção desse mesmo autor, a sociedade se equipara a um organismo pensante, não sendo apenas uma mera reprodutora de ideologias dominantes. Neste sentido, é capaz de receber, elaborar e transformar informações em julgamentos e opiniões que determinam suas práticas.

Sendo assim, para a existência de uma representação, fazem-se necessários um sujeito e um objeto, ou seja, alguém (um grupo, uma população, um conjunto social), responsável pela gênese da representação, e algo (um ambiente social, material, ideal/abstrato) a ser representado, interpretado, simbolizado. Frente a isto, Jodelet (2001) define representação como uma forma de saber prático, que liga um sujeito a um objeto.

Shimizu (2000) corrobora com esta questão, ao comentar que não há cisão entre o mundo externo e o mundo interno do sujeito, e explica ainda que este em sua atividade representativa não apenas produz passivamente um determinado objeto, mas ele também o reconstrói e o situa no universo social e material.

Moscovici (1978) cita que a RS configura-se a partir de três dimensões principais: a informação relaciona-se com a organização dos conhecimentos que um grupo social possui a respeito de um objeto social; o campo da representação ou imagem que transporta a idéia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições, a um aspecto preciso do objeto, e pressupõe organização, ordenação e hierarquização dos elementos que configuram o conteúdo representado; e a atitude que permite a orientação global em relação ao objeto da RS, ou seja, um indivíduo se informa e se representa após ter adotado uma posição em função da posição tomada.

Moscovici (2005) propõe a coexistência, nas sociedades contemporâneas, de dois tipos de universos de pensamento: os universos reificados e os consensuais. Os primeiros são compreendidos como mundos restritos, caracterizados por objetividade e rigor lógico e metodológico, onde se produzem e circulam as ciências e as teorizações abstratas. Já nos últimos, que são as teorias do senso-comum, encontram-se as práticas interativas do dia-a-dia, onde são produzidas e circulam as RS, sem limites especializados, menos sensíveis à objetividade e mais a sentimentos compartilhados de plausibilidade. No universo reificado, a sociedade é vista como um sistema de diferentes papéis e classes, cujos membros são desiguais, enquanto no universo consensual, ela é percebida com um grupo de pessoas iguais e livres, cada uma com possibilidade de falar em nome do grupo.

Neste sentido, Sá (2002) menciona que os fenômenos de RS são construídos nos universos consensuais de pensamento, enquanto os objetos de pesquisa são elaborados no universo reificado da ciência.

Baseando-se nessa concepção, os fenômenos da RS da SAE estão presentes nos universos consensuais de pensamento, ou seja, nos conceitos e idéias do grupo social de enfermeiros que trabalham em uma instituição hospitalar e nos estudos que discutem a problemática em questão. Já no universo reificado, as representações da SAE estão presentes nos conceitos e teorizações do campo científico da Enfermagem.

A ancoragem e a objetivação são dois processos que geram RS. A primeira é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada. Ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa, ou seja, coisas não classificadas e que não possuem nomes são estranhas, não

existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras. A objetivação, por sua vez, une a idéia de não-familiaridade com a de realidade e torna-se a verdadeira essência da realidade. Objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma idéia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem (MOSCOVICI, 2005).

Para Jodelet (1990), a objetivação é uma operação imaginante e estruturante que dá corpo aos esquemas conceituais, através de um processo composto por três fases: a construção seletiva, que corresponde ao processo pelo qual o sujeito se apropria das informações e saberes sobre um dado objeto; a esquematização estruturante, que se refere aos diversos elementos de informação que foram selecionados por meio do processo de apropriação e se organizam de modo a proporcionar uma imagem coerente e clara dos elementos que constituem o objeto da representação, sendo esse resultado denominado de “núcleo” ou “esquema figurativo”; e a naturalização dos elementos do núcleo figurativo, que se refere ao processo pelo qual as figuras elementares do pensamento tornam-se elementos da realidade.

Assim, a objetivação e a ancoragem são as formas específicas pelas quais as RS dão conta do objeto em estudo, transformando a produção da fala de um grupo social em um nível materializado e concreto da realidade.

Desta forma, entende-se que esse referencial teórico permite compreender os discursos individuais de um grupo de enfermeiros, em relação à prática da sistematização da assistência, de forma a possibilitar a análise de um modelo assistencial que possa considerar todas as singularidades dos sujeitos e o contexto de trabalho onde estão inseridas as suas práticas.

Uma das principais vantagens da TRS, segundo Oliveira e Werba (1998), é a sua capacidade de mostrar uma realidade que existe, da qual muitas vezes não nos damos conta, mas que possui grande poder mobilizador e explicativo. E, por isso, faz-se necessário estudá-la para compreender e identificar como essa realidade atua na motivação das pessoas e nas suas práticas.

As representações têm um papel fundamental na dinâmica das relações sociais e das práticas, apresentando quatro funções essenciais. A primeira, o saber prático do senso comum, que permite compreender e explicar a realidade; a segunda, a função identitária que define a identidade e permite a proteção da especialidade dos grupos; a terceira, de orientação, de guia dos comportamentos e

das práticas; e a quarta, a função justificadora, que permite justificar as tomadas de posição e os comportamentos dos sujeitos (WAGNER, 1998).

Considerando as funções da RS apontadas anteriormente, essa teoria permitirá conhecer qual o saber prático dos enfermeiros acerca da SAE, ou seja, como essa metodologia é compreendida e/ou significada e como é aplicada no cotidiano de trabalho (função do saber), como contribui para a elaboração de sua identidade social e pessoal (função identitária) e para guiar os comportamentos e as práticas de enfermagem (função de orientação), assim como para justificar as ações cotidianas, de forma explicativa (função justificadora).

A aplicação da TRS, neste estudo, vincula-se tanto às relações que o sujeito estabelece com o cotidiano de suas práticas, quanto à significação que esse mesmo sujeito atribui ao processo de organização, planejamento e execução da metodologia SAE.

1.7 QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo dedica-se à análise da implementação da SAE em um hospital público do DF e tem as seguintes questões norteadoras:

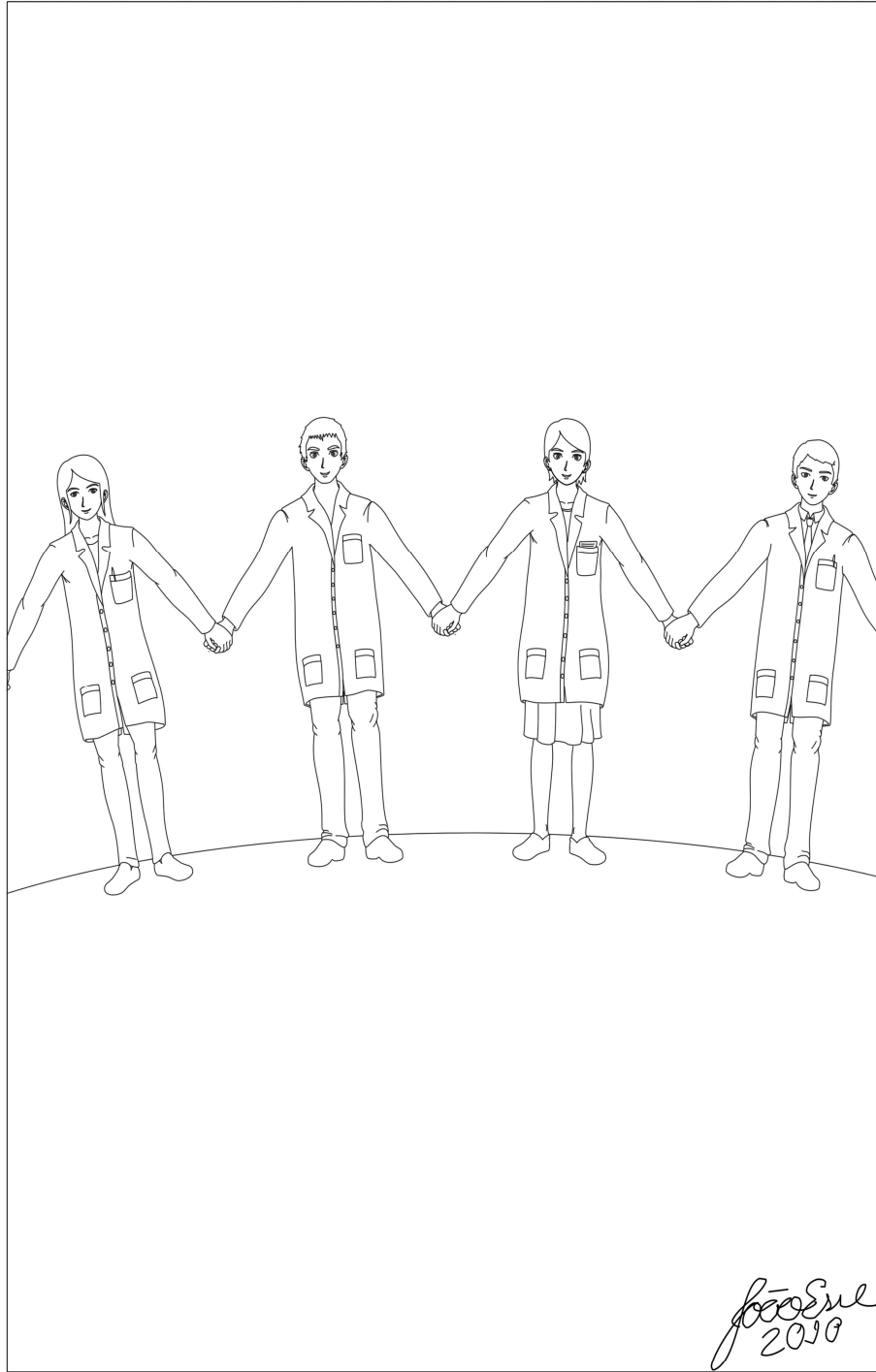
- Como foi o processo histórico de implementação da SAE? Quais foram os fatores que permitiram avanços e/ ou que dificultaram esse processo de implementação?
- Como as fases da SAE estão sendo operacionalizadas pela equipe de enfermagem? Quais são os fatores que facilitam ou dificultam a operacionalização da SAE no cotidiano?
- Qual o real significado da SAE para os enfermeiros?
- Quais são as estratégias apontadas pelos enfermeiros para a consolidação da SAE como metodologia para organização do processo de cuidar?

a) Objetivo Geral:

- Analisar o processo de implementação da SAE, em um hospital público da SES-DF, no período de 1994 a 2007, a fim de verificar as fragilidades e potencialidades dessa metodologia para qualificar a prática de enfermagem.

b) Objetivos Específicos:

- Conhecer os eventos históricos de implementação da SAE no período de 1994 a 2007, com o propósito de identificar os fatores que contribuíram para o seu avanço e/ou retrocesso;
- Avaliar o preenchimento dos formulários de Histórico, de Prescrição, de Evolução e de Anotação de Enfermagem, utilizados para a operacionalização da SAE; e
- Identificar e analisar as Representações Sociais dos enfermeiros acerca da SAE, com a finalidade de destacar algumas estratégias que favoreçam a consolidação dessa metodologia na prática de enfermagem.



2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

2.1 TIPO DE PESQUISA

Nesta investigação, escolheu-se como caminho metodológico o Estudo de Caso. Usualmente esse tipo de estudo utiliza estratégias de investigação quantitativa e qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão, para aprofundar o como e o porquê desse problema sobre o qual o avaliador tem pouco controle.

Tal tipo de método é útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança (MINAYO, 2006), além de apresentar um caráter descritivo, aberto e flexível, que favorece o estudo das múltiplas inter-relações dos fenômenos específicos pesquisados, tornando provável apontar sugestões da possível intervenção (BORBA; SARTI, 2006).

Os estudos de caso são utilizados principalmente na área de administração e de avaliação, tendo aplicações bastante funcionais, como: (1) compreender o impacto de determinadas políticas numa realidade concreta; (2) descrever um contexto no qual será aplicada determinada intervenção; (3) avaliar processos e resultados de propostas pedagógicas ou administrativas e (4) explorar situações em que intervenções determinadas não trouxeram resultados previstos (MINAYO, 2006).

Foram adotados nesta pesquisa os princípios da triangulação de métodos, estratégia que objetiva a combinação e cruzamento de múltiplas percepções, a visão de vários informantes e o emprego de diferentes técnicas de coleta de dados.

A triangulação, como recurso metodológico para avaliação, processa-se por meio do diálogo de diferentes métodos, técnicas, fontes e pesquisadores (MINAYO et al., 2005).

2.2 CAMPO DE ESTUDO

Foi escolhido como cenário para este estudo sobre o processo de implementação da SAE um hospital público da SES-DF. Trata-se de uma unidade especializada de nível quaternário, inaugurada em 30 de março de 1994. Sua finalidade é atender à população do DF na assistência em cuidados paliativos aos clientes oncológicos fora de possibilidades terapêuticas, assim como no tratamento quimioterápico em regime de internação e ambulatorial a clientes onco-hematológicos pediátricos; e a clientes lesados medulares, neurológicos e hemofílicos, para a reabilitação em regime de internação e tratamento ambulatorial. A referida unidade tem capacidade para 74 leitos distribuídos em seis leitos hospital-dia e 68 leitos de internação (RODRIGUES, 2006).

O termo cliente se refere ao doente que se encontra sob os cuidados da Equipe de Enfermagem por considerá-lo uma pessoa autônoma que possui capacidades para escolher, expressar desejos, necessidades e de manifestar resistências frente aos cuidados recebidos.

A implantação de uma unidade hospitalar, destinada a pacientes crônicos ou em convalescença, foi aspiração da SES-DF desde 1980. Nessa época, após a implantação do Plano de Assistência à Saúde no DF, foram realizados estudos em outros hospitais do Brasil, visando ao atendimento de clientes de longa permanência em uma instituição, com custo operacional do leito/dia de hospitais regionais do DF. Tais estudos revelaram a importância e a necessidade de agrupar pacientes que se encontram nessas condições, em um estabelecimento próprio e adequado ao seu atendimento, com condições de conforto e melhor relacionamento cliente-equipe de Saúde.

O número de leitos e a sua destinação preferencial para clientes adultos também deveriam-se ao estudo referente à capacidade da SES-DF e ao tipo de enfermidade que tem convalescença de, aproximadamente, 90 dias (NEVES, 2003).

A escolha do local para a construção do hospital, em área urbana de pouco movimento e em ambiente aprazível, foi proposital, objetivando maior conforto aos clientes e seus familiares. Neste sentido, foi construído um prédio de um plano, com 3.750 metros quadrados de área disposta em quatro blocos.

Atualmente, o hospital tem como missão promover assistência integral à saúde dos usuários nas áreas de reabilitação, cuidados paliativos, hematológicos e onco-pediatria, buscando acolher plenamente também familiares e servidores e atuando de forma ousada, transparente e participativa, garantindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (NAKAMURA et al., 2002).

A unidade especializada em foco está, por sua vez, dividida em quatro Unidades de Internação, a saber: Unidade de Reabilitação (UR), Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), Unidade de Coagulopatia (UC) e Unidade de Onco-hematologia Pediátrica (UOHP).

O Núcleo de Enfermagem (NE) conta com uma enfermeira que atua como Chefe do NE, três enfermeiros que atuam com cargo de Supervisão de Enfermagem dessas Unidades, uma enfermeira com cargo no Núcleo de Controle em Infecção Hospitalar e um enfermeiro que atua como Coordenador de Apoio Operacional (CAO). Num total de 23 enfermeiros, 15 possuem carga horária semanal de 20 horas e nove com carga de 40 horas semanais.

A UR conta com nove enfermarias e 36 leitos ativos, sendo que cada enfermaria possui quatro leitos para internação prolongada de clientes em fase de reabilitação. Essa Unidade conta com 27 auxiliares de enfermagem, sendo 14 servidores com carga horária semanal de 24 horas, um servidor com carga semanal de 30 horas e 12 com carga semanal de 40 horas.

A UCP tem um total de sete enfermarias e 18 leitos ativos, sendo seis enfermarias com três leitos e uma com um leito reservado para cliente fora de possibilidades de cura. A referida Unidade é composta por 31 auxiliares de enfermagem, sendo 18 com carga de 24 horas semanais, 13 com carga de 40 horas semanais e quatro com carga de 24 horas semanais.

A UC conta com uma enfermaria de quatro leitos ativos e possui um enfermeiro com carga horária semanal de 40 horas. A Assistência de Enfermagem nessa Unidade é prestada pela Equipe de Enfermagem da UR, tendo em vista que a enfermaria desta especialidade se encontra localizada na Unidade em foco (a UC).

A UOHP possui 19 leitos ativos, distribuídos em enfermarias com quatro leitos para internação e um total de 16 auxiliares de enfermagem, sendo três com carga semanal de 24 horas e 13 com carga de 40 horas semanais.

A escolha desse cenário para a investigação se deu por ser este o campo de trabalho do pesquisador e também porque se trata de uma unidade hospitalar onde são desenvolvidas algumas fases da SAE pelos enfermeiros e com a participação dos auxiliares de enfermagem em determinadas etapas. No que diz respeito às Unidades de Internação, foram escolhidas as quatro que possuem diferentes etapas da SAE implementadas, conforme demonstra a tabela a seguir:

Tabela 1 – Distribuição das etapas e formulários da Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Unidades de Internação de um hospital público do Distrito Federal – Brasília – 2006/2007

ETAPAS/FORMULÁRIOS DA SAE	UNIDADES DE INTERNAÇÃO							
	UR		UCP		UC		UOHP	
	S	N	S	N	S	N	S	N
I – Histórico de Enfermagem Padronizado	x		x				x	x
II – Admissão de Enfermagem Descritiva		x		x	x			x
III – Diagnóstico de Enfermagem	x			x			x	x
IV – Prescrição de Enfermagem Semanal	x		x		x			x
V – Evolução de Enfermagem Padronizada	x			x			x	x
VI – Evolução de Enfermagem Descritiva	x		x		x			x
Anotação de Enfermagem	x		x		x			x
VII – Consulta de Enfermagem		x		x			x	x

Onde: SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem; UR – Unidade de Reabilitação; UCP – Unidade de Cuidados Paliativos; UC – Unidade de Coagulopatia; UOHP – Unidade de Oncologia-pediátrica; S – Sim; N – Não.

2.2.1 Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Unidades de Internação

No cenário em estudo, a SAE é aplicada quando o cliente chega às Unidades de Internação. O auxiliar de enfermagem transporta-o para a Enfermaria e realiza a higienização e os cuidados necessários para sua acomodação e conforto. Toda a equipe multidisciplinar da Unidade é solicitada para realizar sua admissão, que ocorre de forma separada por cada profissional (médico clínico, médico fisiatra, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo e assistente social).

Assim, o enfermeiro realiza a primeira etapa da SAE, ou seja, a entrevista e o exame físico, utilizando o instrumento de coleta de dados chamado “Histórico de Enfermagem”. Nessa fase, o enfermeiro inicia o processo de interação com o cliente e busca identificar os problemas e as necessidades afetadas desse indivíduo. Alguns dados necessários para o preenchimento desse instrumento de coleta de dados são complementados pelo auxiliar de enfermagem que realizou o primeiro atendimento na admissão desse cliente.

A segunda etapa, realizada pelo enfermeiro, é, o preenchimento do instrumento para identificação dos diagnósticos de enfermagem do cliente, que ocorre com maior frequência na UR, visto que nas outras Unidades ainda não existe instrumento específico para a realização dessa fase. Mesmo com a confecção do instrumento, percebe-se que este é pouco utilizado pelos enfermeiros dessa Unidade.

A terceira etapa é a realização da Prescrição de Enfermagem Semanal. Para essa fase, o enfermeiro utiliza os três modelos padronizados de prescrição de enfermagem por grau de dependência do cliente, ou seja, prescrição para cliente com grau de dependência total, prescrição para cliente com grau de dependência parcial e prescrição para cliente independente. Nessa etapa, os auxiliares de enfermagem executam e checam os cuidados que foram listados e prescritos pelos enfermeiros na Prescrição de Enfermagem Semanal.

A quarta etapa, por fim, é a Evolução de Enfermagem Semanal, que é realizada pelo enfermeiro responsável pela Enfermaria, conforme escala trimestral definida pelo NE. Nessa etapa, também é executada a revisão da Prescrição de Enfermagem Semanal, que ocorre após a fase anterior. Tal fase é realizada com o objetivo de suspender, acrescentar e corrigir os cuidados prescritos pelo enfermeiro que avaliou o cliente na semana anterior. Os auxiliares de enfermagem participam ativamente dessa etapa, utilizando formulários para os registros de enfermagem, que seguem normas para anotações, conforme siglas padronizadas pelas Unidades.

Como último procedimento, foi considerado a Anotação de Enfermagem. A anotação não faz parte das etapas da SAE, mas foi incluído na análise por ser importante instrumento de registro das ações e das observações de enfermagem.

2.3 ETAPAS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

A primeira etapa do estudo, cujo objetivo foi elaborar um breve histórico, consistiu na captação, registro e descrição histórica da implementação da SAE na instituição, utilizando-se das técnicas de análise documental e da história oral temática, por meio de entrevistas com os informantes-chaves (IC).

Segundo Bardin (1979), o objetivo da análise documental é a representação condensada da informação, para consulta e armazenagem; e o da análise de conteúdo é a manipulação de mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo), para evidenciar os indicadores que permitem inferir-se sobre outra realidade que não a da mensagem.

Para a coleta dos documentos nas diversas Unidades, foi apresentado o parecer de aprovação do Projeto, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), e explicitados, para os respectivos responsáveis pelos setores, os objetivos dessa busca documental. Ao Coordenador de Apoio Operacional (CAO) da instituição foi solicitada a liberação para a coleta de informações no arquivo-morto, localizado na UR, onde se encontravam diversos documentos do NE. Os dados foram coletados no NE, no Arquivo-Morto e no Repouso de Enfermagem.

Como procedimento metodológico, os dados foram classificados de acordo com o seu tipo, adotando-se documentos oficiais e técnicos para a seleção. Para esse processo, coletaram-se 119 documentos, sendo excluídos 16, por não conterem datas, e incluídos 103, os quais foram organizados em dez categorias e em um instrumento adequado para essa etapa (Apêndice A), de acordo com a tabela a seguir:

Tabela 2 – Distribuição dos tipos de documentos que compuseram a amostra de análise documental do estudo – Brasília – 2006/2007

TIPOS DE DOCUMENTOS	NÚMERO DE DOCUMENTOS
Relatórios de Enfermagem	28
Instrumentos da SAE	5
Estudos e Pesquisas da SAE	15
Memorandos, Ofícios e Circulares	15
Comunicados e Orientações de Serviço	17
Relatórios de Atividades Anuais	3
Roteiros, Atribuições, Guias e Rotinas	6
Eventos e Propostas da SAE	5
Pareceres, Resoluções, Regimentos e Diário Oficial	5
Pautas de Reuniões do Núcleo Enfermagem	4
Total	103

Onde: SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Após a categorização, os documentos foram selecionados e explorados, respeitando-se o critério de escolha daqueles que permitiram guiar a descrição histórica de implementação da SAE. Esses documentos foram organizados após leitura e releitura. No percurso metodológico, adotou-se a técnica de análise de conteúdo temática, a unidade de registro “acontecimento” e a unidade de análise “recorrência” segundo Bardin (1979). Os dados foram agrupados em temas, de forma a permitir a construção das categorias recorrentes, obedecendo aos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência, exclusividade e co-pesquisador, para definição das categorias empíricas (BARDIN, 1979).

Dando continuidade à primeira etapa, também foram realizadas entrevistas individuais com os ex-Chefes do NE, denominados “enfermeiros informantes-chaves” (EIC), com o objetivo de buscar informações que pudessem contextualizar a história de implementação da SAE. Foram entrevistados quatro enfermeiros que atenderam aos seguintes critérios de inclusão/exclusão: manifestar anuência em participar do estudo; ter assumido cargo de Chefia do NE entre o período de 1994 a 2007; ter permanecido no cargo por um período maior que um ano; e ter participado do processo de implementação da SAE.

A história oral é um poderoso instrumento para a descoberta, a exploração e a avaliação de como as pessoas compreendem seu passado, vinculam sua experiência individual a seu contexto social, interpretam-na e dão-lhe significado, à luz do momento presente. Por isso, ela oferece material para generalização sociológica, descrição de época e também possibilita levantar questões novas e de diversos níveis de abrangência, assim como corrigir teses consagradas ou inconsistências teóricas (MINAYO, 2006). Tal instrumento tem por finalidade o preenchimento de lacunas existentes nos documentos escritos (HAGUETTE, 2003). Um tipo específico de história oral é o temático, que corresponde a uma narração e a uma participação mais restrita do depoente, sendo mais direcionada para uma determinada temática (MATHEUS; FUSTINONI, 2006).

Para a realização das entrevistas, foram garantidos os direitos dos sujeitos, por meio da seguinte abordagem: esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa e direitos de recusa na sua participação; participação espontânea com plena liberdade para desistir dos procedimentos da pesquisa, não importando a fase em que esta se encontrasse, sem danos ou prejuízos para os participantes; e autorização por escrito, em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, em que o pesquisador comprometia-se a empregar os dados obtidos apenas com a finalidade de elaboração do estudo.

As entrevistas em profundidade com os EICs foram realizadas de acordo com o roteiro estabelecido (Apêndice B) e gravadas após assinatura do Termo de Consentimento (Apêndice C). Posteriormente, essas entrevistas foram transcritas na íntegra, para a categorização dos seus conteúdos. Os resultados da entrevista aberta e individual da primeira etapa permitiram a transcrição dos conteúdos temáticos, utilizando-se a técnica de análise de discurso segundo Bardin (1979) e tendo o texto como unidade de análise, buscando analisar e interpretar a correlação entre os eixos temáticos e as falas dos entrevistados. No Apêndice D, encontra-se um exemplo dessa análise. Cada entrevistado e texto transcrito receberam a sigla EIC e números 1, 2, 3 e 4, de acordo com o período em que os enfermeiros estiveram na Chefia do NE, para que fosse garantido o anonimato dos participantes. Os nomes mencionados pelos entrevistados foram registrados sem a identificação destes, para assegurar o anonimato daqueles que foram citados.

Adotou-se nomear tais pessoas com letras do alfabeto. Todos os textos foram transcritos, revisados com a gravação original e realizados pelo pesquisador.

Para a análise das entrevistas dos EICs, foi considerada a divisão histórica de implementação da SAE de acordo com o período de gestão de cada um dos quatro EICs, ou seja, gestão de 1994 a 1998, gestão de 1998 a 2000, gestão de 2000 a 2001 e gestão de 2001 a 2007.

A segunda etapa do estudo visou a analisar o processo de operacionalização da SAE nas Unidades de Internação (UR, UCP, UC e UOHP). Foi realizada uma análise retrospectiva dos prontuários, com o objetivo de verificar o grau de preenchimento dos formulários e a execução das etapas da referida metodologia pelos enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

A análise retrospectiva dos referidos prontuários ocorreu de abril a setembro de 2007, após a alta ou óbito do cliente. Para tanto, inicialmente realizou-se um levantamento do número total de internações nas quatro Unidades de Internação e nos anos de 2006 e 2007, com dados fornecidos pelo Núcleo de Regulação, Controle e Avaliação (NRCA) da instituição, para se definir o quantitativo de prontuários a serem analisados. A escolha destes nos respectivos anos se deu porque, nesse período, foram implantados alguns formulários da SAE e também porque o total de prontuários da época mencionada seria suficiente para a seleção da amostra proposital. Os dados foram coletados nos prontuários com o auxílio de três pesquisadores orientados e treinados para essa etapa da pesquisa, além da elaboração de um guia-padrão para o preenchimento do instrumento de análise das etapas da SAE. Também foi realizado teste-piloto com esse instrumento em três prontuários e efetivados ajustes dos itens que apresentaram dificuldades entre os pesquisadores.

A amostragem foi discutida com um profissional de Estatística, que definiu como método mais adequado a amostra proposital e sequencial, estabelecendo que cinquenta por cento (50%) do total de 280 prontuários seriam suficientes para o estudo, uma vez que, no processo de auditoria de prontuários de pacientes hospitalizados, é estabelecido um padrão internacional de 10% (PEREIRA; TAKAHASHI, 1991). Assim, foram excluídos 140 prontuários, ficando a amostra para análise composta por 140 prontuários, sendo 25 da UR, 25 da UCP, 26 da UC e 64 da UOHP, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão e exclusão em cada Unidade de Internação e de acordo com o quadro a seguir.

Quadro 2 – Critérios de inclusão e exclusão da amostra de prontuários das Unidades de Internação para análise retrospectiva documental de um hospital público do Distrito Federal – Brasília – 2009

UNIDADE DE INTERNAÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
UR	Prontuários de clientes do ano de 2006 até março de 2007 com internação de pelo menos um mês, contendo os formulários: Histórico de Enfermagem Padronizado, Prescrição de Enfermagem por grau de dependência, Evolução de Enfermagem Padronizada e Anotação de Enfermagem.	Prontuários de clientes readmitidos no ano de 2006 até março de 2007 e clientes internados com período menor que um mês.
UCP	Prontuários de clientes do ano de 2006 até março de 2007, internados em um período de pelo menos uma semana, contendo os formulários: Histórico de Enfermagem Padronizado, Prescrição de Enfermagem Semanal por grau de dependência, Evolução de Enfermagem Descritiva e Anotação de Enfermagem.	Prontuários de clientes readmitidos no ano de 2006 e até março de 2007 e clientes internados com período menor que uma semana.
UC	Prontuários de clientes internados no ano de 2006, contendo os formulários: Admissão Descritiva, Prescrição de Enfermagem Semanal e Evolução de Enfermagem Descritiva.	Prontuários de clientes readmitidos no ano de 2006 e clientes internados com período menor que uma semana.
UOHP	Prontuários de clientes internados no segundo semestre de 2006, por um período de pelo menos uma semana, contendo os formulários: Histórico de Enfermagem Padronizado, Prescrição de Enfermagem Semanal, Evolução de Enfermagem Descritiva e Evolução de Enfermagem Padronizada. Prontuários de clientes admitidos e atendidos no consultório de Enfermagem, no segundo semestre de 2006 e até fevereiro/2007.	Prontuários de clientes readmitidos no segundo semestre de 2006 e clientes internados com período menor que uma semana.

Para a coleta de dados nessa etapa, utilizou-se um instrumento denominado “Análise da SAE” nas Unidades de Internação (Apêndice E). Trata-se de roteiro para auditoria de cuidados, adaptado de Cianciarullo (1997) e elaborado para este estudo. Assim, para a avaliação de cada fase da SAE, foram observados e analisados os itens referentes à sua execução em um instrumento específico composto pelo total de itens das suas etapas para cada unidade de internação, e a análise do pesquisador quanto ao preenchimento total, preenchimento incompleto e não-preenchimento dos componentes dessa metodologia.

Para a análise da execução de todas as etapas e itens da SAE, foram verificados os registros realizados pela Equipe de Enfermagem nos formulários existentes nos serviços. Padronizaram-se os seguintes critérios de avaliação: totalmente preenchido, parcialmente preenchido, não-preenchido, e ainda, realizado e não- realizado.

A seguir serão descritos os critérios de análise dos dados para cada unidade de internação.

2.3.1 Unidade de Reabilitação

No Histórico de Enfermagem Padronizado da UR, foram analisados os itens “histórico padronizado”, “identificação do cliente” e “assinatura e carimbo do enfermeiro” e as subcategorias de necessidades de oxigenação, circulação, regulação térmica, integridade cutâneo-mucosa, percepção, aprendizagem, orientação no tempo e espaço, nutrição e hidratação, eliminação, sono e repouso, exercício, atividade física, locomoção e autocuidado, higiene e cuidado corporal, integridade física, comunicação, lazer e recreação e religião e filosofia de vida, com os respectivos dados de avaliação semiológica do cliente. Tais itens foram avaliados em “totalmente”, “parcialmente” e “não-preenchido”.

Com relação à Prescrição de Enfermagem Semanal na UR, os formulários foram analisados observando-se o seguinte: “realizada semanalmente”, “elaborada pelo mesmo enfermeiro que realizou o histórico de enfermagem”, “assinatura e carimbo profissional”, “revisada semanalmente, de acordo com o grau de dependência do cliente” e “alterada e com novas intervenções de enfermagem na prescrição médica”. Tais itens foram classificados como “realizados”, “incompletos” ou “não-realizados”.

Para a etapa da Evolução de Enfermagem na UR, avaliaram-se a presença da evolução de enfermagem padronizada, a evolução de enfermagem descritiva e a assinatura e COREN na primeira evolução de enfermagem. Quanto a Evolução de Enfermagem Padronizada, foram verificados os dados referentes a percepção, orientação e atenção, estado geral do cliente, nutrição, queixas do cliente, regulação térmica, oxigenação e circulação, exame abdominal, atividade física e percepção

sensorial, exame da genitália, hidratação e restrição hídrica, terapêutica, participação, aprendizagem e exercício, integridade cutâneo-mucosa, lesões e protocolo de feridas, sexualidade, auto-imagem e auto-estima, eliminação intestinal e manobras para reeducação e lazer, recreação e religião. Sendo tais itens classificados como “totalmente preenchido”, “parcialmente preenchido” e “não-preenchido”.

Nas Anotações de Enfermagem da UR, avaliaram-se os registros dos auxiliares de Enfermagem, quanto aos horários e checagem dos cuidados prescritos pelos enfermeiros, tais como: sinais vitais, banho de aspersão, higiene oral, refeições, eliminações intestinais, eliminações urinárias, mudança de decúbito e supervisão da mobilidade no leito. Sendo tais itens classificados como “totalmente”, “parcialmente” e “não-preenchido”.

2.3.2 Unidade de Cuidados Paliativos

Para a etapa do Histórico de Enfermagem Padronizado da UCP, foram verificados os itens “histórico padronizado”, “identificação do cliente”, “assinatura e carimbo”, “história clínica”, “história da doença atual” e os dados das subcategorias de necessidades de oxigenação, circulação, regulação térmica, integridade cutâneo-mucosa, percepção, aprendizagem, orientação no tempo e espaço, nutrição e hidratação, eliminação, sono e repouso, exercício, atividade física, locomoção e autocuidado, higiene e cuidado corporal. Esses itens foram considerados como “totalmente”, “parcialmente” e “não-preenchido”.

Com relação à Prescrição de Enfermagem Semanal e à Anotação de Enfermagem na UCP, adotaram-se os mesmos procedimentos de avaliação da UR.

Na etapa de análise da Evolução de Enfermagem na UCP, foram verificadas a realização e a não-realização da evolução descritiva registrada pelos enfermeiros nos prontuários e formulários coletados e a presença de assinatura e COREN na primeira evolução de enfermagem.

2.3.3 Unidade de Coagulopatia

Quanto à execução das etapas da SAE na UC, foram analisadas a realização e a não-realização da Admissão Descritiva, da Prescrição de Enfermagem Semanal e da Evolução de Enfermagem Descritiva.

2.3.4 Unidade de Onco-Hematologia Pediátrica

Para a análise de implementação das etapas da SAE na UOHP, foram examinadas a realização e a não-realização do Histórico de Enfermagem Padronizado, da Admissão de Enfermagem Descritiva, da Prescrição de Enfermagem Semanal, da Anotação de Enfermagem, da Evolução de Enfermagem Padronizada, da Evolução de Enfermagem Descritiva e da Consulta de Enfermagem. Os itens específicos de cada etapa dessa metodologia não foram considerados, tendo em vista que os formulários estão sendo pouco a pouco incorporados e ainda não foram definidos pela equipe de enfermeiros da Unidade.

Para a Consulta de Enfermagem na UOHP, foram avaliados o preenchimento e o não-preenchimento dos dados que apresentavam investigação do enfermeiro sobre o conhecimento dos pais em relação ao diagnóstico e tratamento do cliente, investigação do enfermeiro sobre o conhecimento dos pais a respeito dos cuidados com o cliente durante o tratamento quimioterápico e presença ou não de problemas ou diagnósticos de enfermagem e de intervenções de enfermagem, assim como a presença ou ausência dos dados referentes a data e horário da consulta, assinatura, carimbo e registro profissional.

Da etapa de implementação das Anotações de Enfermagem pelos auxiliares de Enfermagem na Consulta de Enfermagem da UOHP, foram verificados o registro e a checagem dos sinais vitais, banho, higiene oral, aceitação das dietas, diurese, evacuação, vômitos e PH urinário, presentes nos formulários de Prescrição de Enfermagem.

Para a análise dos dados nos prontuários, optou-se por adotar a tabulação dos resultados em planilha MS/Excel Office 2003 e a apresentação dos resultados em frequência percentual por meio de tabelas específicas para cada etapa da SAE nas quatro Unidades de Internação.

A terceira etapa do estudo consistiu na busca das representações sociais dos enfermeiros em relação à SAE.

Na realidade, buscou-se conhecer as representações sociais dos enfermeiros em relação a essa metodologia.

Acredita-se que a compreensão dos conteúdos das representações sociais possibilita demonstrar mais claramente as fragilidades e potencialidades da SAE, como instrumento de planejamento da assistência, para transformar a prática profissional do enfermeiro.

Quadro 3 – Critérios de inclusão e exclusão de enfermeiros assistenciais e supervisores das Unidades de Internação para entrevista em um Hospital público do Distrito Federal – Brasília – 2009

UNIDADE DE INTERNAÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
UR UCP UC	Enfermeiros que pertençam ao quadro efetivo da instituição (SES/DF) por período igual ou superior a um ano.	Enfermeiros que não desenvolvam atividades relacionadas com as etapas da SAE.
UOHP	Enfermeiros supervisores e assistenciais que desenvolvam atividades relacionadas com as etapas da SAE (Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Evolução de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem e Consulta de Enfermagem).	Enfermeiros de licença médica ou licença-prêmio no período da coleta de dados; Enfermeiros que pertençam ao quadro efetivo da instituição (SES/DF) por período menor que um ano.

A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, no papel de sujeitos-objeto da pesquisa, os quais vivenciaram uma determinada realidade que está sendo focalizada. Sua forma de realização pode ser de natureza individual e/ou coletiva (MINAYO et al., 2004).

Foi efetivado contato prévio com os entrevistados, os quais foram orientados sobre os objetivos da pesquisa, e agendadas as entrevistas. Estas foram gravadas em áudio, após a assinatura do Termo de Consentimento Individual (Apêndice F).

Também foram realizadas entrevistas com 15 enfermeiros assistenciais e supervisores das Unidades de Internação. Para tanto, foi elaborado um roteiro semiestruturado (Apêndice G). Nele foram destacados os temas que permeiam a estruturação dos significados da SAE para os entrevistados. Esse roteiro também foi submetido a teste-piloto, com o objetivo de buscar o seu refinamento e direcionar os objetivos e questões norteadoras do estudo. Cada entrevistado e texto transcrito receberam o termo sujeito, além de números de 1 a 15 de acordo com a sequência de realização das entrevistas. Ao transcrever trechos das entrevistas utilizou-se o código (...), significando que um fragmento da fala foi excluído, visando a captar principalmente as palavras com maior expressão para o seu contexto.

Após a transcrição, na íntegra, dessas entrevistas, os textos foram organizados de acordo com as regras de preparação do material para a análise estatística, usando-se o Programa computadorizado denominado “Alceste” (Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto), que consiste em uma técnica para investigar a distribuição de vocabulário em um texto escrito e em transcrições de texto oral. O Programa realiza uma complexa classificação hierárquica descendente, combinando elementos de diferentes métodos estatísticos, como segmentação, classificação hierárquica e dicotomização, baseando-se em médias recíprocas ou análise de correspondência (BAUER; GASKELL, 2000). O Programa também executa as seguintes etapas de análise: leitura do texto e cálculo dos dicionários, cálculo das matrizes de dados e classificação das unidades de contexto elementar (UCE) e descrição das classes de UCE (MOREIRA et al., 2005).

Para a organização das entrevistas com os enfermeiros e a análise fatorial de correspondência no Programa “Alceste”, foram definidas as seguintes variáveis: escolaridade máxima, idade em anos, sexo e unidade de internação a que pertence. O Quadro 4 apresenta essas variáveis e as abreviaturas utilizadas para análise.

Quadro 4 – Variável dos sujeitos enfermeiros utilizado na análise fatorial de correspondência do Alceste

VARIÁVEL	ABREVIATURA
Unidades de Internação	
Unidade de Reabilitação	Un_1
Unidade de Cuidados Paliativos	Un_2
Unidade de Coagulopatia	Un_3
Unidade de Onco-hematologia Pediátrica	Un_4
Todas as Unidades	Un_5
Idade em anos	
25-30	Id_1
31-35	Id_2
36-40	Id_3
41-45	Id_4
46-50	Id_5
51-55	Id_6
Sexo	
Masculino	Sex_1
Feminino	Sex_2
Escolaridade máxima	
Graduação	Esc_1
Especialização	Esc_2
Mestrado	Esc_3

Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa em Saúde contidas na Resolução n.º 196/96 do Ministério da Saúde/CNS. O Projeto de Pesquisa em questão foi aprovado pelo CEP da FEPECS/SES/DF, em 6 de março de 2006, de acordo com o Parecer número 029/2006 (Anexo A).

2.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados da etapa exploratória foram coletados, organizados, agrupados e interpretados sob a perspectiva da Hermenêutica-Dialética, que valoriza o tratamento dos dados por meio da comunicação. Por esse método, pretende-se alcançar as respostas das questões norteadoras e atingir os objetivos deste estudo.

As categorias temáticas e interpretações simbólicas emergirão na análise hermenêutica, para se chegar à descrição histórica da implementação e à avaliação da operacionalização da SAE, bem como de suas representações sociais entre os enfermeiros das Unidades de Internação do caso em estudo.

Segundo Minayo (2006), a articulação da Hermenêutica e da Dialética como caminho de possibilidades para a construção teórico-metodológica passa pela discussão de dois conceitos centrais: 1) a Hermenêutica, que se move entre os seguintes termos: a compreensão como categoria metodológica mais potente do movimento e da atitude de investigação; os termos liberdade, necessidade, força, consciência histórica, todo e partes, como categorias filosóficas fundantes; e os termos significado, símbolo, intencionalidade e empatia, como balizas do pensamento; 2) e a Dialética, que se desenvolve mediante termos que articulam idéias de crítica, de negação, de oposição, de mudança, de processo, de contradição, de movimento e de transformação da natureza e da realidade social.

Minayo et al. (2004) apresentam o método hermenêutico-dialético como uma proposta que tem como objetivo situar as falas dos atores sociais em seu contexto, para uma melhor compreensão da especificidade histórica e totalizante das falas produzidas por esses atores.

A união da Hermenêutica com a Dialética leva o intérprete a buscar entender o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem), ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico. Esse texto é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo em que ocorrem as tensões e perturbações sociais (MINAYO, 2004).

Enquanto a Hermenêutica busca as bases dos consensos e da compreensão na tradição e na linguagem, o método dialético introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que se explica na transformação.

Para percorrer o caminho de interpretação, buscou-se seguir os princípios do caminho da Hermenêutica (MINAYO, 2006):

- a) Buscar as diferenças e as semelhanças entre o contexto do autor e o contexto do investigador;
- b) Explorar as definições de situação do autor que o texto ou a linguagem em análise permite;
- c) Supor o compartilhamento entre o mundo observado e os sujeitos da pesquisa com o mundo da vida do investigador;
- d) Buscar entender as coisas e os textos “neles mesmos”, distinguindo o processo hermenêutico do saber técnico que elabora um conjunto de normas para analisar um discurso; e
- e) Apoiar toda a reflexão sobre determinada realidade e sobre o contexto histórico, partindo do pressuposto de que o investigador-intérprete e seu “sujeito” de observação e pesquisa são expressões de seu tempo e de seu espaço cultural.

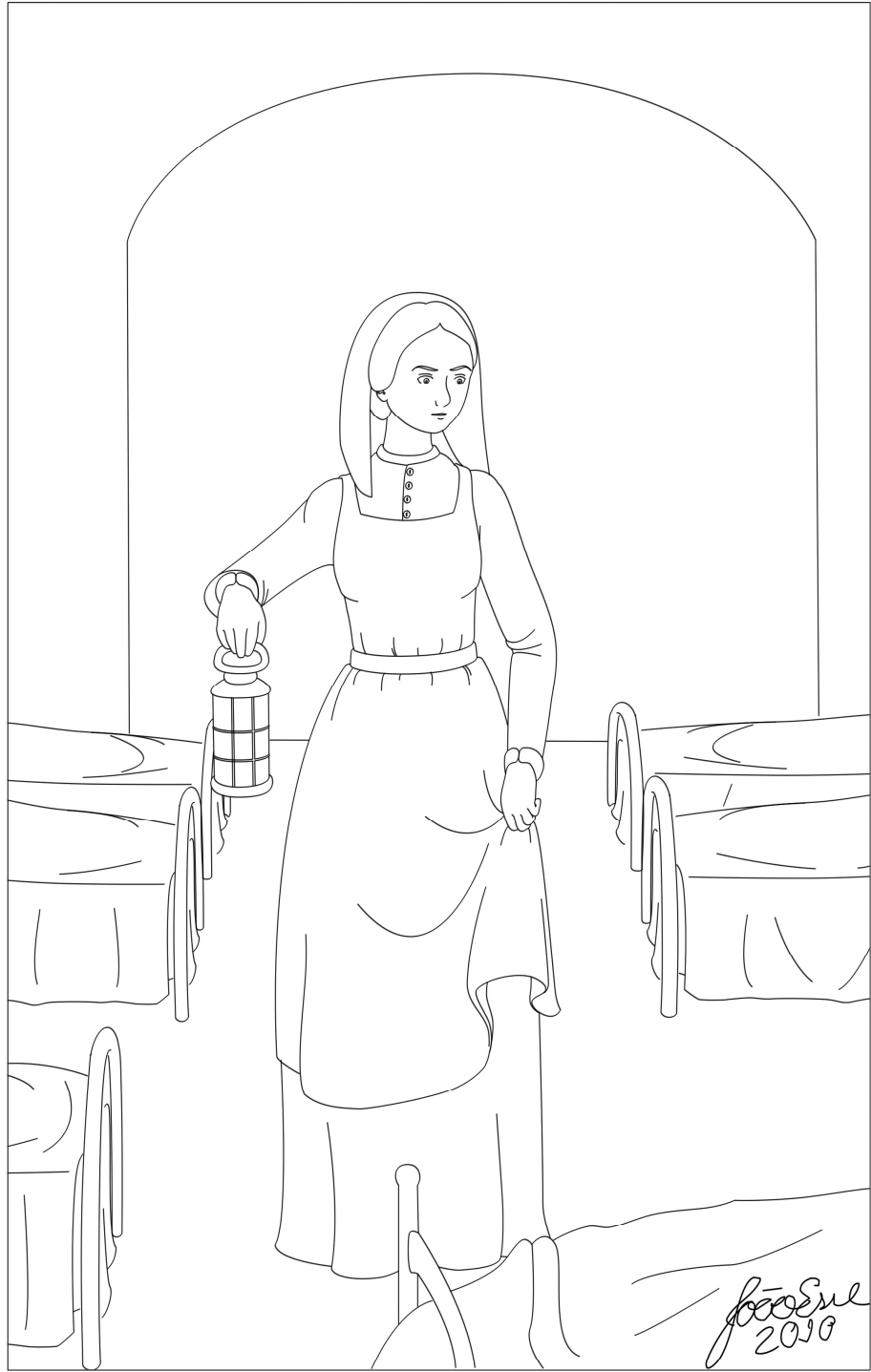
Considerando os pressupostos de que o método hermenêutico-dialético permite a construção e análise de categorias gerais e específicas de uma pesquisa, partiu-se então para a operacionalização do uso desse método, seguindo as etapas descritas por Minayo (2004), que são:

- I. Ordenação dos dados (mapa horizontal de descobertas no campo prático) – nessa fase, foi realizada a leitura dos documentos, a transcrição de fitas-cassetes das entrevistas; depois, a releitura desse material, organização dos dados da análise documental e entrevistas;
- II. Classificação dos dados (construção dos dados de descoberta no campo prático e teórico) – nessa fase, foi construída a leitura aprofundada e relevante dos textos resultantes da fase anterior, com o objetivo de buscar os temas e as categorias empíricas e analíticas para se estabelecerem suas relações dialéticas. A essa atividade denominamos de “constituição de um ou vários ‘corpus’ de comunicação das

informações através da leitura transversal (unidades de registro, tópicos ou temas)”, finalizando com a classificação por temas mais relevantes; e

III. Análise final (articulação entre os dados, os referenciais teóricos, questões norteadoras e objetivos do estudo) – a tarefa interpretativa nessa fase foi buscar, identificar e indicar respostas, sugestões e propostas para a transformação de relações, mudanças institucionais e avaliação de programas ou serviços.

Os resultados do estudo foram divididos em três capítulos, de modo que o primeiro descreve o histórico de implementação da SAE no período de 1994 a 2007, o segundo avalia o processo de operacionalização da SAE nas Unidades de Internação e o terceiro identifica e analisa as Representações Sociais da SAE entre os enfermeiros.



3 O HISTÓRICO DE IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERÍODO DE 1994 A 2007

Este capítulo apresenta a descrição histórica de implementação da SAE no caso em estudo em quatro períodos assim denominados: “O Nascimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem em Busca da Valorização da Função Assistencial do Enfermeiro (Gestão 1994/1998)”, “A Continuidade do Processo de Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem e os Avanços na Infraestrutura (Gestão 1998/2000)”, “O Reconhecimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem como Importante Instrumento do Cuidado (Gestão 2000/2001)” e “A Implantação da Etapa do Diagnóstico de Enfermagem e da Consulta de Enfermagem (Gestão 2001/2007)”.

3.1 O NASCIMENTO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM BUSCA DA VALORIZAÇÃO DA FUNÇÃO ASSISTENCIAL DO ENFERMEIRO (GESTÃO 1994/1998)

O início do processo de implantação da SAE na instituição escolhida se deu no ano de 1994. O Chefe do NE, à época, tinha a preocupação de tornar o Serviço e a Assistência de Enfermagem diferenciados dos outros hospitais da rede. O referido hospital trata-se de um estabelecimento que tem como especificidade o atendimento aos clientes com doenças crônicas e que necessitam de um período prolongado de internação.

Bem, primeiro nós iniciamos o hospital, em março de 1994, e a preocupação era mostrar um serviço de enfermagem diferente do que se tinha. Nós tínhamos a idéia do que nós seríamos (...) (EIC – 1).

À época, a Chefia de Enfermagem estabeleceu que a SAE representaria a principal prioridade em sua gestão e que seria despendido todo um empenho no sentido de se vir a reforçar o papel assistencial do enfermeiro, afastando-o das atividades administrativas burocráticas.

Então, hoje, enquanto os hospitais estão preocupados com o enfermeiro na supervisão, nós estamos preocupados aqui que o enfermeiro prescreva, presta uma assistência, então isso teve uma história, não foi assim! Por que isso aconteceu. (...) a gente nunca admitiu que o enfermeiro ficasse aqui só para supervisionar (EIC – 1).

Ressalta-se que o processo de implantação da SAE se deu por meio da discussão de estudos de caso de clientes pelos profissionais de Enfermagem, em 1994. Como descrito na literatura por Henderson (1973), os estudos de caso surgiram como precursores da organização e individualização do Cuidado de Enfermagem. Nessa época não se utilizavam ainda os termos SAE, PE e MAE, entre os enfermeiros.

O melhor trabalho (estudo de caso) apresentado na ocasião foi premiado pela Chefia de Enfermagem, constituindo-se, principalmente, em um momento de aprimoramento dos servidores através da concessão de folgas aos participantes.

Será apresentado um estudo de caso e será premiado com quatro folgas, para o melhor estudo. Não é obrigatório, mas é para o aprimoramento de cada servidor (Ata de Reunião do NE, em 01/08/1994).

Nesse período, também foi discutida e elaborada a divisão de tarefas para a criação das rotinas de Enfermagem. Entre estas, foi estabelecida a rotina de admissão e alta dos clientes da Unidade. Percebe-se que os estudos de caso e a elaboração de rotinas para essa admissão foram os principais elementos utilizados pela Chefia para o início do processo de implantação da SAE na instituição em foco.

Posteriormente, foram definidas outras rotinas de Enfermagem, como banho, mudança de decúbito e curativo. A estratégia foi montar a rotina de cada Unidade de Internação considerando a especificidade e a particularidade da Assistência de Enfermagem realizada no hospital.

Bem, então, no primeiro ano do hospital a gente implantou as rotinas, porque você não tinha como implantar a sistematização sem você ter a rotina. Então, por exemplo, qual seria a nossa idéia do banho, não seria banho no leito, seria banho no chuveiro, eu não tinha colchão de água no hospital, seria mudança de decúbito. Então, a partir do momento que nós tínhamos toda a rotina do hospital implantada para a assistência de enfermagem. Como seria a rotina de enfermagem? Aí nós passamos a implementar como seria a sistematização (EIC – 1).

Rossi (1997) recomenda que, para a realização do cuidado básico, é necessário que essa assistência seja garantida e prevista nas rotinas da Unidade e que a organização do trabalho em torno das rotinas seja considerada a base do serviço. Estas são questões importantes para o cuidado do paciente que estão relacionadas com a SAE.

Em fevereiro de 1995, houve reunião com os enfermeiros e foi sugerida, como pauta de discussão, a sistematização da admissão e da evolução de enfermagem dos clientes. No que diz respeito à primeira – a sistematização da admissão –, embora tenha sido discutido que o enfermeiro deveria entrevistar, realizar o exame físico e registrá-lo no prontuário, não se dispunha de um formulário específico para essa atividade. E, no que tange à segunda - evolução de enfermagem -, ficou definida uma distribuição de evoluções por enfermeiro e por turno.

Sugerido pelo enfermeiro A sobre a sistematização de admissão e de curativos (...). E definiu que, a partir do dia 09/02, a turma da manhã evoluirá as enfermarias 1, 2, 6, 7, 12, 13,17 e 18 (...), a turma da tarde evoluirá as enfermarias 3, 4, 8, 9, 14, 15, 19 e 20 (...), à noite, o plantonista evoluirá as enfermarias 5 e 16 (Ata de reunião do NE em 08/02/1995).

Em novembro de 1995, as folhas-padrão de Admissão e Evolução de Enfermagem foram implantadas e avaliadas após 30 dias.

Feito avaliação da folha anterior e resumida para nova implantação, vai ser iniciado segunda-feira, dia 06/11/95, e avaliado em 30 dias (Ata de reunião em 03/11/1995).

A Prescrição de Enfermagem seria iniciada posteriormente, sob a responsabilidade do enfermeiro que estivesse executando a evolução. Nesse mesmo período, foi comunicado que a prescrição ficaria adaptada à cama do cliente em uma prancheta individual. Em dezembro do mesmo ano, a Chefia de Enfermagem solicitou que se realizasse a evolução de enfermagem nos clientes graves.

A Prescrição de Enfermagem Semanal, por sua vez, foi introduzida em 1995, nas Unidades de Internação A e B e em um número de cinco clientes. Esse tipo de prescrição, implantado para atender clientes crônicos e com quadro clínico inalterado, tinha validade para uma semana e orientava a Equipe de Enfermagem quanto aos cuidados padronizados aos clientes.

Os enfermeiros argumentaram que os médicos não estavam tomando conhecimento da Evolução de Enfermagem, pois esses formulários se encontravam em uma prancheta com registros quase imperceptíveis. Decidiu-se então que seria reelaborado um roteiro de Plano de Cuidados, Evolução de Enfermagem e Admissão de Clientes, e também uma nova distribuição, por período, de Evolução de Enfermagem, nessas Unidades.

Foi colocada que a evolução de enfermagem não estava sendo lida pelos médicos, devido estar em uma prancheta. Colocado também que a evolução está sendo bom para a enfermagem (Ata de reunião em fevereiro de 1995).

Uma estratégia importante para a implantação da Prescrição de Enfermagem, adotada pela Chefia, foi o afastamento do enfermeiro de atividades burocráticas como a confecção de escalas e outras ações administrativas. Priorizou-se a participação desse profissional na organização e prática da Assistência de Enfermagem. Aliado a essa questão, foi encaminhado um projeto de organização da Prescrição de Enfermagem para a Diretoria e Vice-Diretoria da Unidade, com o intuito de implantar essa etapa da SAE. Esse projeto foi indeferido e permaneceu muito tempo arquivado. A Diretoria entendeu que tal atividade seria uma perda de tempo para os profissionais de Enfermagem.

Percebe-se, dessa forma, uma falta de interesse da Diretoria em relação à implantação da Prescrição de Enfermagem, além de um desconhecimento da SAE. Porém, o Chefe, decidindo tecnicamente que essa metodologia de Assistência de Enfermagem seria implantada, consolidou esse processo, por meio do poder que detinha no Serviço de Enfermagem, impondo a execução da etapa da Prescrição.

Então, na cabeça do Vice Diretor, até o Dr. A, na época, era muito complicado como que o enfermeiro ia perder tempo para fazer uma sistematização, a prescrição sendo que ele ia fazer aquela prescrição. Aí eu tive que montar um projeto (...) esse projeto foi indeferido pelo Dr. B. que era o qual a gerência de enfermagem era diretamente subordinada. (...) eu também não entendi, esse processo ficou muito tempo na mesa, e falei assim: vamos fazer o seguinte, a parte técnica de enfermagem cuida eu, então, assim você não vai mais se intrometer na minha parte técnica. Você pode se intrometer na parte administrativa, agora, a parte técnica quem decide o que vai ser feito da enfermagem sou eu e eu implantei a assistência de enfermagem. É assim, com o tempo, tiveram que engolir. Eu implantei e ele queria, assim, que tivesse um tempo para pensar, para ver como seria feito, se ia ter prescrição de enfermagem (EIC – 1).

As dificuldades apresentadas com relação à implantação da SAE foram todas relacionadas com a instituição, pois a própria Diretoria não entendia o processo da SAE como uma ferramenta de organização da Assistência de Enfermagem. A cultura organizacional, os valores e as crenças dos dirigentes da instituição constituíram, assim, uma das principais dificuldades para a operacionalização da SAE. A idéia de implantar essa metodologia partiu mais do empenho pessoal e da motivação da Chefia do que da própria instituição como um todo, tendo em vista a importância que aquela atribuía ao Modelo de Assistência que estava sendo implementado.

A instituição como um todo, ela não tinha isso no quadro dela, ela não tinha sistematização, ela ficava sem entender o que era sistematização, então assim foi mais uma idéia que pintou de mim, assim, para passar para os outros da importância da sistematização, porque também se não tivesse partido daí, eu acho que hoje não estaria onde esta, não estaria a sistematização no hospital implantada. Então, eu vi a importância de prescrever, de fazer a sistematização, e coloquei a importância para os enfermeiros (EIC – 1).

Desse modo, a Prescrição de Enfermagem acabou sendo implantada de forma vertical, autoritária, de cima para baixo e sem a participação e treinamento da Equipe de Enfermagem.

Sim, porque ela foi implantada de goela abaixo. Eu não perguntei para os colegas enfermeiros se eles acharam que tinha que implantar, eu não perguntei, eu falei assim: a partir do dia 1º vai ter sistematização, porque se eu fosse esperar nunca ninguém estaria preparado para a sistematização, então ela foi assim, a partir do dia 1º nós vamos ter a prescrição de enfermagem, todo mundo assustou e falou: mas isso é um absurdo, não era absurdo (EIC – 1).

A Chefia de Enfermagem empenhava-se, assim, na implantação da SAE não só para a valorização do profissional enfermeiro, mas também para, por meio dessa metodologia de trabalho, melhorar a organização do Serviço de Enfermagem. Além disso, previa-se que esta seria uma estratégia para a definição do papel do enfermeiro na instituição, de modo a demonstrar claramente para os administradores a importância do profissional enfermeiro no planejamento e efetivação dos cuidados de enfermagem.

E eu queria mostrar para a direção do hospital que o enfermeiro tinha valor e que ele tinha a sua função dentro da instituição. Então, isso me incomodou muito. O fato de a nossa profissão ser sempre denegrida a imagem dela, sempre criticada, eu falei não, o enfermeiro tinha o posicionamento dele bem definido dentro da instituição. Então, assim, quando eu fui implantar a assistência de enfermagem, o meu principal foco era a valorização do profissional enfermeiro e, automaticamente, melhorar assistência prestada ao usuário na assistência de enfermagem (EIC – 1).

Outras dificuldades de implantação da SAE estiveram relacionadas com a Equipe dos Médicos e com a Prescrição de Enfermagem. No que se refere aos profissionais médicos, houve certa resistência em adaptar o impresso da referida Prescrição ao impresso já existente de Prescrição Médica. A princípio, os médicos queriam que a Prescrição de Enfermagem fosse separada da Prescrição Médica. A Chefia de Enfermagem intercedeu nesse processo de implantação da Prescrição, juntamente com a Chefia de Internação, para discutir a proposta e agregar os dois instrumentos no mesmo impresso.

Nesse período, houve um conflito entre a Chefia de Enfermagem e os médicos da Unidade. Contudo, o impresso de Prescrição de Enfermagem foi confeccionado e implantado no verso do da Prescrição Médica. Após isso, houve um processo de sensibilização por parte da Chefia, em relação aos médicos, para que os cuidados de enfermagem fossem prescritos pelos enfermeiros no verso deste último tipo de prescrição. Convém ressaltar que houve a necessidade de conscientizar os profissionais médicos para essa fase da implantação da Prescrição de Enfermagem, na qual seria necessário que o médico entendesse o papel do enfermeiro na execução da prescrição dos cuidados de Enfermagem. De certa forma, a Enfermagem buscava sua autonomia profissional e seu espaço no planejamento dos cuidados de enfermagem ao cliente, deixando de ser subordinada ao médico, a fim de conquistar seu papel profissional na organização e planejamento da SAE.

Quando fui implantar a ficha, eles queriam que fosse separada a prescrição médica da prescrição de enfermagem. Aí, eu não abri mão, ela até saiu errada, ela saiu como prescrição de enfermagem, não saiu como prescrição de enfermagem (...). Aí eu briguei, e consegui (...) que ela ficasse junto com a prescrição médica. Então ela é do lado da prescrição médica (...). Quando o enfermeiro começou a prescrever os primeiros sinais vitais, os médicos começaram a questionar também, vem cá, mais olhe Doutor, você prescreve só medicação. Então também foi uma briga com os médicos (...). Aí, eles faziam, eles começaram também a fazer prescrição tipo assim: cuidados gerais. Aí eu tive uma reunião. Eu não admito que vocês escrevam cuidados gerais. Eu não sou empregado doméstico de vocês (EIC – 1).

Outra estratégia foi a retirada do Relatório de Enfermagem que existia nas Unidades de Internação, o que, de certa forma, fazia com que outros profissionais (nutricionistas e assistentes sociais) buscassem informações sobre os clientes nesse documento. Para ele, essas informações deveriam ser coletadas por cada categoria profissional e diretamente com os clientes, acompanhantes e familiares. Propositadamente, a retirada do Relatório forçaria a Equipe de Enfermagem a cumprir os registros das ações e condutas no prontuário.

Eu simplesmente estava colocando no papel aquilo que já era feito e prescrito por outros profissionais (...) não tive também muita dó de toda equipe, nutricionista também, porque quando eu implantei a sistematização, eu tirei o relatório. Por que eu tirei o relatório? Porque as pessoas, elas iam ao relatório, por exemplo, a nutricionista, ela ia ao relatório para saber como o paciente tinha passado a noite e eu não concordava com isso (EIC – 1).

A Chefia acreditava que dessa forma as evoluções de enfermagem seriam realizadas juntamente com os outros profissionais da Equipe de Saúde, em formulário multidisciplinar e padronizado pela instituição. Constatou-se que era importante a presença dos registros dessas evoluções no prontuário do cliente, uma vez que seriam lidas pelo profissional médico, dando assim maior visibilidade ao processo e ao trabalho realizado pela Enfermagem.

Para isto, foi necessária a conscientização dos enfermeiros para a implantação da etapa da Prescrição de Enfermagem. Uma das estratégias para a organização dessa etapa foi a elaboração das siglas e códigos que seriam utilizados para as anotações na referida Prescrição. Essas siglas facilitariam os registros e checagem de cuidados prestados pela Equipe de Enfermagem. Outra estratégia foi o estabelecimento da divisão de enfermeiros por leitos, para a realização das prescrições de enfermagem dos clientes internados, sendo obrigatoriamente determinada a média de cinco a dez clientes por enfermeiro. Outras ações estiveram relacionadas com os modelos dessas prescrições, que deveriam ser padronizadas para que os enfermeiros iniciassem o processo de prescrever os cuidados aos clientes neurológicos e oncológicos. No início, estas eram confeccionadas manualmente, passando, posteriormente, a ser digitadas no computador por um agente administrativo do Setor de Internação.

Para mim era importante implantar aquilo de imediato. Aí, as primeiras prescrições de enfermagem foram assim: um enfermeiro ficava responsável por X enfermagem e ele prescrevia esses usuários. Então, ele não ficava responsável por todo mundo. A gente alterava, e começou a ser feito na mão, depois a gente conseguiu o computador no hospital e essa prescrição começou a ser feita no computador (...) geralmente as prescrições eram todas iguais então, praticamente a gente fez as prescrições para todo mundo igual. (...) os auxiliares, os enfermeiros começaram a pegar como padrão de prescrição: lesado medular, fora de possibilidade terapêutica, AVC, vai ser essa prescrição, então mais fórmulas prontas de prescrição do que aquilo de fato que era necessidade imediata (EIC – 1).

Verificou-se o esforço para que as Prescrições de Enfermagem fossem semanais e direcionadas para as diversas patologias atendidas na Unidade. Constatou-se também a busca por um modelo biomédico de assistência e a ausência de um referencial teórico de Enfermagem para sustentar o Modelo de Assistência de Enfermagem que vinha sendo implantado.

Aponta-se ainda para a discussão em torno da realização da terceira fase da SAE: a Evolução de Enfermagem. Algumas dificuldades foram destacadas pelos enfermeiros para a implantação dessa etapa, tais como: recursos humanos insuficientes para a realização das etapas, a necessidade de treinamento e aprofundamento e desconhecimento por parte dos auxiliares de enfermagem, em tal processo. Enfatiza-se nesse período a utilização concomitante dos termos Processo de Enfermagem, Plano de Cuidados, Admissão de Enfermagem e Cronograma de atividades dos clientes, reafirmando assim o desconhecimento dos profissionais de Enfermagem em relação aos termos e conceitos evidenciados e utilizados na literatura sobre a SAE.

Durante a primeira gestão de implantação da SAE, a Chefia de Enfermagem não expressou preocupação quanto à confecção de formulários para a Coleta de Dados e a Evolução de Enfermagem. Nessa fase, o que houve foi um maior empenho com relação à elaboração do instrumento de Prescrição de Enfermagem. Nesse período, ressalta-se, foram criados poucos instrumentos de SAE.

Na minha época só tinha a evolução e a prescrição. Eu não criei muito formulário, não, eu criei a prescrição e a própria evolução, então, por exemplo, você admitia o usuário, você fazia o exame físico na evolução, fazia as suas condutas na evolução e você acompanhava através da evolução. Então, não mudei muito em termo de formulário, porque eu acreditava que a evolução dele tinha que ser feita junto com a evolução médica, e não num formulário específico, só pra gente acompanhar. Então as pessoas tinham que ver a evolução da enfermagem. Então, por isso que eu não criei muito formulário, eu tinha a evolução que era padrão da Secretaria, que você admitia o usuário nessa evolução e tinha a prescrição que foi criada (EIC – 1).

Em abril de 1995, foi feita uma avaliação das etapas dessa metodologia implantadas, quando então algumas dificuldades foram detectadas, tais como: a falta de conhecimento dos auxiliares de enfermagem sobre o PE e a necessidade de um maior aprofundamento da Equipe em relação a essa temática. O grupo apresentou também solicitação para mudança na rotina de elaboração da Evolução de Enfermagem, para que esta fosse realizada em dias alternados, e que apenas as intercorrências fossem registradas diariamente nos prontuários.

Enfermeiros colocaram sobre a falta de conhecimento dos auxiliares de enfermagem, sobre o processo de enfermagem. Ficou definido sobre um aprofundamento maior da equipe no processo de enfermagem. Sugeriu uma metodologia mais simples para o processo (...), um curso (...) sobre o processo de enfermagem (Ata de reunião do NE em 03/04/1995).

A avaliação da metodologia de Assistência de Enfermagem, que vinha sendo adotada pela instituição desde 1995, tornou-se necessária para a condução do processo implantado pela Chefia de Enfermagem. No entanto, na análise dos documentos da época, percebe-se que a instituição não realizou nenhum planejamento estratégico ou treinamento específico que viesse ao encontro das discussões trazidas pelo grupo de trabalho que iniciou o processo de implantação da SAE.

Em junho de 1996, o grupo apontou a necessidade de se definir uma sistemática de planejamento da Evolução de Enfermagem, bem como de se escalar mais enfermeiros para a concretização da Prescrição Semanal e para a melhoria da metodologia de organização da SAE. A Chefia de Enfermagem solicitou, então, aos enfermeiros que voltassem a realizar as Evoluções nos prontuários e informou que estava sendo estudado um Quadro de Anotações de Enfermagem e também a conclusão das Prescrições de Enfermagem Padronizadas dos clientes.

Solicitou aos enfermeiros que voltassem a fazer as evoluções do paciente e que está em estudo o quadro de anotações da enfermagem, que vai substituir o relatório de enfermagem. Estão sendo concluídas as prescrições padronizadas dos pacientes (Ata de reunião do NE em 30/07/1996).

Entretanto, algumas dificuldades foram reiteradas para a realização da Evolução de Enfermagem. O número reduzido de enfermeiros pela manhã e à tarde tornava inviável a realização da Evolução de todos os clientes nesses períodos, mesmo após a reintrodução do impresso, que era composto por itens relacionados com as queixas do cliente, sono e repouso, alimentação e eliminação. Uma nova

forma de organização de trabalho foi apresentada pela Chefia para a resolução do problema, mediante a implantação da Evolução diária pela manhã, à tarde e à noite, quando seria realizada a dos clientes que apresentassem intercorrências nos referidos períodos, embora isto não tenha se concretizado, como mostra o depoimento:

Continuam alguns pacientes sem evolução do enfermeiro, o período da tarde também tem ficado dois enfermeiros. Já foi reintroduzido o impresso de evolução de enfermagem, decisão da última reunião. Foram colocados pelos demais enfermeiros a dificuldade de acompanhar a evolução de todos os pacientes (Ata de reunião do NE em 28/08/1996).

A SAE, que se iniciou com as etapas da Prescrição e da Evolução de Enfermagem, não foi implantada integralmente, ressaltando-se que essas duas etapas demoraram ainda dois anos para ser implantadas.

A sistematização demorou dois anos para ser implantada, porque assim na cabeça de outros profissionais como no hospital, era um hospital que o trabalho era em equipe (EIC – 1).

Inicialmente, o Modelo de Assistência que seria implantado sofreu rejeição pelos profissionais de Enfermagem, pois estes entendiam que tal atividade traria uma grande quantidade de tarefas para todo o grupo envolvido. Tal modelo passou a ser visto como uma obrigação para a Equipe de Enfermagem e não uma proposta de trabalho que resultaria na qualificação da assistência e valorização do profissional.

Foi a rejeição pela quantidade de tarefas que os profissionais de enfermagem já tinham e ainda teriam mais essa (...) então assim no início eles já tinham tarefas demais, eles falaram então: mais a sistematização vai ser para cima da gente também? (EIC – 1).

Os auxiliares de enfermagem, por sua vez, não compreenderam a importância da organização da Assistência de Enfermagem baseada em um modelo de SAE, o que revelava, de certa forma, uma falta de preparo da Equipe para lidar com a proposta que estava sendo implementada. O EIC apresenta alguns fatores que dificultaram a implantação desse modelo na época, tais como: a necessidade de convencer a Equipe de Enfermagem sobre a importância da sistematização, a necessidade de uma conscientização por parte do enfermeiro, para que ele mesmo executasse as atividades do processo, a falta de experiência dos enfermeiros com a

execução da Prescrição de Enfermagem e a deficiência no entendimento de que o enfermeiro poderia prescrever ações para ele próprio executar.

Também os enfermeiros, como não tinham experiência na prescrição, ficavam meio confusos também. Então a gente foi mais, um fazia e os outros iam copiando (...). Então é assim, foi muito complicado você implantar a sistematização, primeiro, você convencer as pessoas da importância da sistematização e depois você convencer o próprio enfermeiro, e depois você determinar que o enfermeiro fizesse isso. No início foi confuso aquilo que eu te falei. Eles tinham dificuldade em entender como você prescrevia uma coisa para você mesmo fazer. Foi muito difícil pra gente (EIC – 1).

Para a Chefia de Enfermagem, era difícil ouvir que o enfermeiro era um profissional burocrata e que se ocupava principalmente das atividades administrativas. Isto a motivou a buscar um novo Modelo de Assistência que aproximasse o enfermeiro do cuidado ao cliente por meio da Prescrição de Enfermagem. Todavia era necessário o apoio dos profissionais dessa área para a discussão de mudanças no processo que estava sendo praticado.

O EIC adotou atitudes de autoritarismo e determinação quanto à implantação de suas propostas no período em que esteve no cargo de Chefe de Enfermagem. Percebe-se, em seus depoimentos, que houve, inclusive, pouca participação dos outros elementos da Equipe de Enfermagem em sua gestão, pois seu estilo era centralizado e verticalizado de gerenciamento, a ponto de gerar insatisfação e sentimentos negativos por parte dos elementos da Equipe referida. Esses sentimentos, porém, são contraditórios, pois os depoimentos a seguir ilustram momentos de um gerenciamento ao mesmo tempo autoritário e flexível, em relação à SAE:

A minha formação na Universidade de Brasília, da importância da sistematização da assistência de enfermagem e valorização do profissional enfermeiro porque assim era muito difícil eu ouvir que era enfermeiro, e que enfermeiro não fazia nada. Isso me incomodava muito (...). Precisava de apoio dos colegas pra estar discutindo comigo o que seria mudado ou não. Eles deram sugestões (...). Então, assim a enfermagem daqui ela tem certa resistência comigo, porque tudo que eu implantei foi determinado, eu não perguntei para ninguém (EIC – 1).

O Modelo de Prescrição de Enfermagem adotado na instituição deveria ser realizado semanalmente e as alterações seriam feitas diariamente pelo enfermeiro.

O EIC afirmou, na oportunidade, que, na instituição, a SAE apresentava-se com qualidade abaixo do esperado, tendo em vista que os protocolos e formulários não eram seguidos pela Equipe de Enfermagem. Aliás, com relação aos formulários da SAE, o mesmo manifestou que estes deveriam ser confeccionados ao longo do tempo de implantação da metodologia, e que a instituição era referência para a SES-DF, no que dizia respeito à aplicação da SAE em instituições hospitalares e públicas.

Com relação à implantação da SAE na SES-DF, o EIC ressaltou ser importante a construção dessa metodologia de organização da assistência para as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), tendo em vista que esses serviços tinham maior número de profissionais enfermeiros, o que facilitaria a sua implantação. Em sua avaliação, a SAE estava sendo aplicada de forma isolada em poucas unidades de saúde, o que contribuiu para a não-utilização dessa metodologia. Como perspectiva para sua efetiva implantação na instituição, ele sugeriu uma proposta para que o enfermeiro fosse escalado por enfermarias para a execução das etapas da SAE. Assim, tal como é organizada a divisão de médicos por enfermarias, essa forma de distribuição permitiria a avaliação diária e o acompanhamento dos clientes sob sua responsabilidade.

Então você faz a prescrição da assistência de enfermagem durante a semana. (...) o enfermeiro que for chegando e tiver alguma alteração nela ele vai fazer essa alteração diária (...). Eu acho que ainda acredito que a sistematização ainda está muito abaixo do que deveria ser. Os protocolos não são feitos, os formulários não são preenchidos como deveria. (...) Eu acho que a Secretaria de Saúde tinha que implantar a sistematização dentro das unidades de terapia intensiva. (...). A partir de hoje, é só enfermeiro que trabalha dentro de UTI, e aí você tem como colocar sistematização. Sistematização na rede ainda é muito perdida, alguns gatos pingados de colegas que querem implantar a sistematização. Mas eles não têm continuidade porque é um enfermeiro de supervisão é só ele de manhã (...). A minha preocupação hoje é que o enfermeiro tem que ser enfermeiro de enfermaria (...) ele tem que prescrever. Então ele tem que ter uma hora só pra isso. Você não pode ter um enfermeiro aqui de manhã fazendo curativo e despachando paciente para exame, vendo se todo mundo tomou banho, nada e ainda com a prescrição então você tem que ter um enfermeiro dividido, como médico faz. O enfermeiro vem aqui, dois na Ala B e dois na Ala A, só para prescrever. Porque ele vai ficar só pra aquilo. Ele vai chegar ao paciente, ele vai conversar, ele vai avaliar o paciente, ele vai evoluir esse paciente, ele vai saber tudo sobre esse paciente (EIC – 1).

3.2 A CONTINUIDADE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E OS AVANÇOS NA INFRAESTRUTURA (GESTÃO 1998/2000)

Evidenciou-se que, no período de 1998 a 2000, não se compreendia a SAE como instrumento do planejamento da assistência, visto que era associada apenas como uma etapa de todo o processo, isto é, a Prescrição de Enfermagem. Essa percepção desconsiderava o processo composto pelo Histórico, pelo Diagnóstico e pela Evolução de Enfermagem. Como resultado, deu-se prioridade à implementação da Prescrição de Enfermagem e valorizou-se a continuidade e o desenvolvimento da metodologia que havia sido iniciada na gestão anterior, fato esse que consolidou o aperfeiçoamento do modelo implantado, por meio de constante avaliação e reavaliação.

A SAE é o serviço de assistência a enfermagem? Você diz como assim, como um todo, ou você quer só em relação á prescrição de enfermagem. Por quê... (EIC – 2).

Nesse período, o enfermeiro tinha a responsabilidade de realizar as visitas e a avaliação dos clientes e, posteriormente, traçava o Plano Assistencial por meio da Prescrição de Enfermagem. Para a Chefia de Enfermagem, o enfermeiro assistencial tinha que ter conhecimento das condições do cliente, para realizar as alterações no seu Plano Assistencial. Nessa gestão, existia um entrosamento entre a Chefia e os Enfermeiros Assistenciais, no sentido de discutir aspectos relacionados à execução da referida Prescrição.

A chefia de enfermagem só fazia prescrição (...) quando o enfermeiro não ia (...). A gente também ia lá quando a gente fazia supervisão nas alas (...). A gente tinha que cobrir mesmo, literalmente, ficar lá na ala que, como eu disse, lá não tinha os encarregados pela ala, então a gente é que cobria (...). Faltava um enfermeiro, então a gente acabava (...) discutindo as prescrições com eles nesse momento (EIC – 2).

Uma Enfermeira Assistencial, que depois se tornou Chefe, avaliou esse processo como um momento proveitoso e participativo por parte da Equipe de Enfermagem.

Quando eu estava no hospital (...) a gente fazia assim: tinha o enfermeiro das alas (...) esse enfermeiro diário, que inclusive eu fui um deles numa época enquanto eu não era da chefia, fazia a visita aos pacientes, é a enfermeira da manhã, pois o enfermeiro responsável sempre era o da manhã (...) e aí verificava como é que tava o paciente (...) é o enfermeiro que está na assistência é que tem que saber (...) encima da avaliação que ele fazia, aí montava o plano de assistência. Normalmente, a prescrição de enfermagem era feita por esse enfermeiro assistente, entendeu (...) era rotina do enfermeiro da ala ser responsável pela sistematização da assistência do paciente (...) foi muito proveitoso, assim os enfermeiros participavam, eram atuantes, ajudavam e tinha esses encontros que a gente fazia (EIC – 2).

A Chefia de Enfermagem, como forma de estimular o desempenho da SAE, realizou ações diretamente relacionadas com a execução das prescrições nas Unidades de Internação. Adotou-se como estratégia, junto ao Núcleo Normativo de Enfermagem (NNE) da SES-DF, a criação dos cargos de Supervisão de Enfermagem das referidas Unidades, como forma de valorizar os enfermeiros que nelas assumiam as responsabilidades técnicas.

Essa gestão desenvolveu também ações de supervisão e auditoria dos procedimentos e anotações de enfermagem, como forma de estabelecer controle e gerenciamento da assistência. Estabeleceu-se ainda a interação e participação dos auxiliares de enfermagem no desenvolvimento da prescrição. As reuniões com o NNE da SES-DF possibilitaram a participação dos Chefes de Enfermagem das Unidades de Saúde nas discussões sobre a SAE. As propostas e decisões desses encontros resultavam também em discussões setorializadas nas unidades em que cada um atuava.

O que eu lembro que eu fiz de diferencial foi tentar mostrar, em documento, um estudo mesmo que era importante, que os responsáveis pelas alas tivessem um, como o encarregado (...). Eu tentei é brigar para que acontecesse, e que eles tivessem um incentivo a mais (...). Eu fiscalizava mais, assim as prescrições mesmo, se estavam sendo checadas, se não tava, é uma auditoria (...) a chefia de enfermagem checava o que aconteceu (...). Às vezes, o procedimento que a gente estava prescrevendo enquanto enfermeiro, talvez para o auxiliar desempenhar, não tivesse sendo mais adequado. Então, a gente às vezes conversava com eles. Tinha essa troca entendeu (...). Havia realmente uma troca, não sei se isso já acontecia da outra, acho que sim (...) eu só dei continuidade (...) seria um processo de implementação com avaliação (...) a gente só deu continuidade ao trabalho, melhorando aonde a gente achava que devia (...) só foi continuando (...) a gente sentava, teve essa oportunidade do Núcleo Normativo em que as discussões que a gente tinha lá a gente levava todas para o hospital (EIC – 2).

No que refere às evoluções de enfermagem, identificou-se que os enfermeiros as realizavam nos prontuários. No entanto, não havia um roteiro sistematizado do que observar nos clientes, e os auxiliares de enfermagem e enfermeiros checavam os procedimentos frequentemente na própria Prescrição de Enfermagem informatizada, onde havia uma parte já designada para os registros.

As alterações das referidas prescrições eram feitas de acordo com os procedimentos ou rotinas para cada cliente e não de acordo com suas necessidades individuais. Relacionou-se a implementação da Prescrição de Enfermagem com os Cuidados de Enfermagem, e não com os problemas ou diagnósticos de enfermagem desses clientes. Esses cuidados estavam relacionados com as rotinas de enfermagem já implantadas pela Chefia de Enfermagem anterior. A alteração da prescrição seguia critérios baseados na experiência e na avaliação pessoal de cada enfermeiro e não nas evidências baseadas no conhecimento científico da Enfermagem.

O enfermeiro, ele evoluía também no prontuário do cliente (...) auxiliares de enfermagem evoluíam mais na própria prescrição (...) na prescrição de enfermagem tinha (...) uma parte designada já para a evolução (...) o enfermeiro evoluía, checava o que ele fazia ali na prescrição também e evoluía no prontuário, direto no prontuário, não na prescrição (...) não tinha um check-list do que observar (...) então era de acordo com o andamento dos procedimentos que eram necessários para cada paciente (...) existia uma prescrição computadorizada e (...) existia uma lista de procedimentos que você poderia ir captando procedimentos e ir montando sua prescrição (...) eu acho que a gente fazia era uma avaliação na verdade alterando o que a gente achava que não estava legal por ex: achava que esse procedimento aqui não devia ser mais assim (EIC – 2).

Em 1999, a Prescrição de Enfermagem foi reimplantada com a intenção de qualificar e individualizar a assistência. Inúmeras dificuldades foram citadas em relação à implantação dessa etapa, tais como ausência e extravios dos formulários, descaso da própria Equipe de Enfermagem e descontinuidade na execução da SAE pelos enfermeiros.

As prescrições de enfermagem não estão sendo feitas conforme acordo de reunião anterior (...). Foi questionado pelos enfermeiros presentes, sobre o descaso para com as prescrições pela própria equipe de enfermagem e outras equipes, além da parte administrativa responsável pela digitação das mesmas (Ata de reunião do NE em 01/06/1999).

Os temas que contribuíram para o aperfeiçoamento dos enfermeiros e para o desenvolvimento da SAE na instituição, através das reuniões e grupo de estudos, foram apontados como estratégias de capacitação dos recursos humanos em Enfermagem. A Equipe de Enfermagem buscou o conhecimento relacionado com a metodologia, principalmente na literatura existente sobre o assunto, na troca de informações com outros colegas que aplicavam o processo e nas reuniões com os enfermeiros coordenadores de área do NNE da SES/DF, que vinham se organizando na época para implantar a SAE nas UTIs da rede.

Tudo mesmo (...) e na época que eu estava na chefia (...) a gente estudava pelos livros mesmo, pela troca de informações com outros colegas que já, já aplicavam e também, coincidentemente na mesma época, o Núcleo Normativo de Enfermagem fez um grupo de estudo para implantar nos outros hospitais, inclusive nas UTI's (...). A gente, nessas reuniões com os enfermeiros (...) discutia as questões relacionadas com a prescrição de enfermagem e a sistematização da assistência, e os enfermeiros sempre foram muito participativos (EIC – 2).

As falas revelam que a Chefia de Enfermagem tinha apoio da Diretoria para a implantação dos projetos da Enfermagem. No entanto, esses projetos deveriam estar embasados cientificamente, para que pudessem ser aprovados pela administração do hospital. Percebe-se, pelo depoimento abaixo, a relação existente entre a Chefia de Enfermagem e a Diretoria, para a implementação da SAE:

A gente tinha que correr atrás. Bom, a diretoria normalmente apoiava o que a gente fizesse, entendeu. Era raro dela dizer não concordo com isso, sinceramente era raro. Se você chegasse com um projeto (...) com embasamento sabe, direitinho, eles (...) não me lembro deles terem falado não (EIC – 2).

A ausência de anotações na Prescrição de Enfermagem também gerou dificuldades com relação à SAE, uma vez que alguns cuidados não estavam sendo checados pela Equipe de Enfermagem. Esse fato induziu a Chefia a identificar os motivos que contribuíam para essa problemática.

Em contradição com o discurso da Diretoria, a Chefia de Enfermagem identificou também a falta de apoio administrativo para a confecção e reprodução de material para a SAE, uma vez que havia dificuldades relacionadas aos recursos humanos necessários para as atividades administrativas que a Enfermagem vinha desenvolvendo. Constata-se que toda a demanda de trabalho administrativo era realizada pela Chefia de Enfermagem e sem o apoio de outros setores.

Outra dificuldade apontada para a implementação da SAE nessa gestão refere-se à não-capacitação de recursos humanos para a utilização da metodologia, especialmente treinamentos específicos voltados para a execução da SAE.

3.3 O RECONHECIMENTO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO IMPORTANTE INSTRUMENTO DO CUIDADO (GESTÃO 2000/2001)

Os enfermeiros percebem a influência do modelo conceitual de Horta na prática de Enfermagem. No entanto, essa metodologia de planejamento da assistência era chamada de PE e não de SAE.

Nós, mais antigos, temos mais dificuldades, por que a gente (...) falava-se em Wanda Horta. Era o Processo de Enfermagem, não era sistematização (...). Naquela época a gente não falava muito em SAE, era ainda chamado Processo de Enfermagem (EIC – 3).

Apesar das limitações na compreensão da SAE como um método composto por várias etapas, observam-se investimentos na Evolução de Enfermagem. No relatório de atividades anuais da Chefia do NE em 2000, citam-se a elaboração da referida etapa (check-list) e a implantação do Serviço de Educação Continuada. O impresso de Evolução de Enfermagem foi implantado em caráter experimental e avaliado após utilização nas Unidades de Internação. A GE/SES/DF divulgou os formulários da referida metodologia, confeccionados para utilização em todos os hospitais da rede.

Informamos que esses instrumentos de trabalho foram elaborados após amplas discussões das encarregadas de enfermagem das UTI's e Clínicas Médica e Cirúrgica, com objetivo de sistematizar a assistência de enfermagem e aprimorar a qualidade de assistência prestada (Ata de reunião do NE em 07/07/2000).

A construção de instrumentos para a coleta de dados dos clientes, durante a fase de realização do Histórico e da Evolução de Enfermagem, foram fatores determinantes para que o NE e a GE/SES pudessem trabalhar o processo de implantação da SAE. Foi um período marcado pela participação dos enfermeiros, por discussão e elaboração de impressos, padronizados e adotados por diversas

áreas de internação da SES/DF, tais como: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, UTI, Pediatria e Neonatologia. A GE trabalhou juntamente com as Coordenações de Enfermagem da SES/DF para a implantação desses formulários nas unidades de atuação da Enfermagem.

Nesse período, a implementação da SAE era complementada com a realização da Prescrição e da Evolução de Enfermagem, embora essas etapas fossem desenvolvidas apenas para alguns clientes, o que tornava o processo incompleto e fragmentado. Tais dificuldades fizeram com que fosse realizada a divisão quantitativa das evoluções dos clientes por turnos de trabalho.

Não era uma sistematização, mas a gente já tinha uma preocupação. A gente já evoluía paciente, já admitia. (...) A gente já tinha um histórico. (...) a gente já tinha um apoio, que era o histórico de enfermagem. (...) A gente fazia a prescrição de enfermagem e evoluía (...) a gente admitia, não tinha como admitir, prescrever e evoluir (...) e dividia: um pouco de manhã, um pouco de tarde, um pouco de noite (EIC – 3).

Esse modelo assistencial foi apontado como uma ferramenta que possibilitava o conhecimento e avaliação do cliente, principalmente através da realização do exame clínico, o que colaborou para transformar a prática do enfermeiro, tornando-a mais científica. Tal metodologia tornava visível o trabalho desse profissional por meio dos registros e anotações que eram realizados durante a execução da SAE, o que permitia conhecer as intervenções para realizar a prescrição e também acompanhar melhor o cliente durante sua internação por meio da evolução de enfermagem.

Eu acho que é um ganho para o enfermeiro (...). Você começou a ter um enfermeiro mais técnico quando ele começou a fazer, porque antes, nós éramos meros fazedores (...). Eu acho que a sistematização veio pra melhorar a assistência de enfermagem (...). Hoje a gente consegue avaliar um cliente (...). Acho que a sistematização hoje veio para acrescentar o enfermeiro (...). Hoje você lê o que o enfermeiro fez (...) o que ele fez, como ele ta avaliando, se houve melhora, se não houve (...). Você conseguia ver o que tinha acontecido com cada paciente daquele, porque, porque tinha algo escrito, tinha uma evolução. Lá dentro tinha uma prescrição para você prescrever (EIC – 3).

Reconhece-se que, embora algumas etapas da metodologia em questão já tenham sido incorporadas pelos enfermeiros, estas ainda requerem o reforço da Supervisão de Enfermagem e um dimensionamento de recursos humanos adequados para a garantia da qualidade da assistência.

Você tem que conhecer o seu cliente (...). Hoje ele tem que fazer, não tem como eu fazer uma sistematização sem conhecer o exame físico (...). A gente cobra a sistematização, a qualidade de assistência naquele hospital (...). A gente começou a sentir essa necessidade (...). Eu acho que a sistematização é boa. É, mas tem que botar os enfermeiros lá em quantidade suficiente e não enfermeiro para 30 ou 40 pessoas (...). A gente não tinha as alas separadas, os raquimedulares ficavam com os pacientes da oncologia, que são pacientes completamente diferentes, bem diferentes (EIC – 3).

Uma das dificuldades apresentadas para a SAE esteve relacionada à fase do Diagnóstico de Enfermagem, considerada como uma etapa complexa para a execução que devia ser incorporada lentamente ao trabalho do enfermeiro. A falta de unidade e apoio do grupo para a aplicação desse modelo assistencial, especialmente no que se refere à etapa da Evolução de Enfermagem, também contribuiu para a não-realização dessa metodologia. Quando, porém, toda a Equipe passou a se envolver nesse processo de trabalho, o seu desenvolvimento tornou-se viável e possível.

A ausência de reuniões e discussões foi apontada como uma dificuldade para a SAE, uma vez que o número de enfermeiros era reduzido e existia uma grande demanda de atividades assistenciais para esse profissional.

Considerou-se também como dificuldade a rotina da assistência de enfermagem na instituição, porque o trabalho do enfermeiro se tornou muito repetitivo e rotineiro, principalmente em função do perfil de clientes que eram atendidos, especialmente aqueles com doenças crônicas e com necessidades de cuidados relacionados ao tratamento de feridas (curativos) e reabilitação vesical (cateterismo vesical intermitente). Essas atividades demandavam maior tempo do enfermeiro, considerando o número de um profissional para cada Unidade de Internação.

Nós éramos fazedores (...) hoje a gente tem que trabalhar com diagnóstico, que não é uma coisa fácil (...). Você tinha alguns que evoluíam, tinham outros que brigavam para não fazer (...) mas acontecia isso, e não tinha o apoio de todo mundo, mas você acabava trazendo as pessoas, porque se a maioria começava a fazer, aquele que não faz, ele começa a ficar diferenciado da equipe (...). Nós não éramos muitos, o serviço não era pouco, e a gente praticamente não reunia não (...). Não reunia com esse objetivo de discutir para implementação de alguma coisa não (...). Porque lá é paciente crônico e você sempre faz a mesma coisa (...). A gente empurrava carrinho de curativo. Quando não era de curativo era de cateterismo vesical e às vezes era um enfermeiro que empurrava. Então isso tudo dificulta (...). Mas era um em cada ala, ficava pesado (...) era pesado como enfermeiro, e para chefe, e depois fui os dois (EIC – 3).

3.4 A IMPLANTAÇÃO DA ETAPA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E DA CONSULTA DE ENFERMAGEM (GESTÃO 2001/2007)

Em março de 2001, as discussões sobre as evoluções de enfermagem foram retomadas e decidiu-se que estas deveriam ser efetivamente realizadas e que seriam acompanhadas e supervisionadas de forma contínua. Para tanto, estabeleceu-se um cronograma, confeccionado pela Chefia, de forma a organizar a distribuição dos clientes para avaliação.

Eu fiz uma distribuição por enfermaria para o pessoal de plantão fazer avaliação dos pacientes. (...) Aí eu dividi e fiz um cronograma de avaliação de paciente. Aí ele fazia avaliação, evolução. (...) Depois que a gente fez uns 2, 3 anos, foi mudando o cronograma, adaptando e brigando com os colegas. Ameacei até um colega que não fazia de jeito nenhum. (EIC - 4)

O enfermeiro que não conseguir seguir o cronograma por alguma intercorrência no plantão, comunique aos colegas os motivos e relacione os pacientes que ficaram pendentes, para que o plantão seguinte possa dar continuidade. Todas as dificuldades encontradas, sugestões e críticas (construtivas) deverão ser discutidas na Chefia de Enfermagem juntamente com os outros enfermeiros (Ata de reunião do NE em 15/05/2002).

Em 2002, para facilitar a execução do processo de trabalho foi implantada a Evolução de Enfermagem, utilizando-se um formulário padronizado em forma de check-list semanal. Convém ressaltar que um dos importantes requisitos para a organização da SAE está relacionado com a confecção de instrumentos ou formulários que possam facilitar os registros de enfermagem e diminuição do tempo do enfermeiro no preenchimento dos dados (FRIEDLANDER, 1973; MARIA, 1997; ROSSI, 1997).

Para viabilizar a realização das evoluções, adotou-se uma distribuição semanal por período de plantão, a fim de organizar a execução do processo. Com essa distribuição, o objetivo da Chefia era aproximar cada enfermeiro de seus clientes e tornar visível para o cliente/família que ele tinha um enfermeiro responsável pela sua assistência durante o período de hospitalização.

Você tem que ir lá ver se o paciente (...) eu queria que ele se interessasse e o paciente soubesse que A é a minha enfermeira, entendeu (...) eu falava na reunião: gente, vocês não se identificam (...) olha, eu sou enfermeira dessa enfermaria (EIC - 4).

Com a finalidade de avaliar-se a implementação da SAE, em janeiro de 2002, o NE confeccionou dois questionários para avaliação das suas etapas já implementadas. O primeiro foi aplicado aos enfermeiros da instituição e o segundo aos Gerentes de Enfermagem de algumas Unidades da SES-DF.

Encaminhamos, em anexo, o questionário elaborado e aplicado para os enfermeiros do hospital, com os seguintes objetivos: avaliar a sistematização da assistência de enfermagem (Ata de reunião do NE em 21/03/2001).

Um estudo denominado “Relato de Experiência – SAE: percepção entre enfermeiros e avaliação de um modelo” (NAKAMURA et al., 2002), realizado na instituição, revelou que 84,6 % dos enfermeiros utilizaram a SAE durante o Curso de Graduação, 77% não tiveram experiência profissional com essa metodologia, 84% tinham dificuldades com o preenchimento do Histórico de Enfermagem padronizado. Dessas dificuldades, 46% estavam relacionadas principalmente com a realização do exame físico dos clientes, principalmente na ausculta pulmonar e ausculta cardíaca. Os dados mostraram ainda que 46% dos enfermeiros acreditavam que a maior dificuldade relacionada com a Prescrição de Enfermagem era a digitação inadequada do impresso, uma vez que a Prescrição informatizada se apresentava incoerente com as alterações realizadas pelos enfermeiros.

Em relação à percepção dos clientes quanto à utilização dessa metodologia de assistência, 61,5% dos enfermeiros informaram que aqueles não percebiam que estavam sendo assistidos por um método de organização da Assistência de Enfermagem, ou seja, que os clientes desconheciam esse trabalho do enfermeiro. Sobre a importância da SAE, 53,8% dos entrevistados relataram que essa metodologia propiciava a valorização do trabalho e estabelecia o reconhecimento profissional para o enfermeiro.

Esse estudo foi de fundamental importância para o planejamento de ações por parte da Chefia do NE, que estimulou a participação dos enfermeiros na elaboração de pesquisas e na discussão das principais dificuldades relacionadas com a SAE na instituição. Assim, foi possível traçar estratégias de gerenciamento do processo e manutenção do modelo que vinha sendo implementado.

Era muito difícil de conciliar, sabe. Agora, depende muito também assim da pessoa está bem motivada (...). E eles, a maioria, se motivou assim (...). Eu acho que o enfermeiro ainda tem que ter aquela cultura, assim, que você tem aqueles pacientes seus, você tem que se responsabilizar (...) não pode dizer que é falta de tempo (EIC – 4).

A Prescrição de Enfermagem foi rediscutida no mesmo ano, sugerindo-se a sua padronização por patologias, como lesão medular e câncer terminal. Considerou-se a importância da implantação desse tipo de Prescrição em uma enfermaria-piloto e, posteriormente, a avaliação dessa metodologia antes de ser experimentada nos demais leitos da Unidade. A questão do número insuficiente de enfermeiros para a realização da Prescrição de Enfermagem foi apontada como uma das principais dificuldades para a implantação.

Na avaliação da Chefia, à época, identificaram-se muitos erros na realização da Prescrição de Enfermagem, sendo necessário adotar mudanças na rotina de sua implantação. Foi, sobretudo, reforçada a necessidade de bases científicas para a condução das etapas que vinham sendo implementadas, dando-se maior segurança para que as Prescrições de Enfermagem estivessem mais próximas das necessidades dos clientes.

Em 2000, e acho que foi nesse período mesmo que eu comecei a me preocupar com a prescrição. (...) Aí, eu fui ver se era avaliado mesmo e tinha muita coisa errada. (...) Eu tinha um pouquinho mais de segurança que aqueles pacientes, que aquela prescrição era real (EIC – 4).

Para a avaliação do processo, utilizou-se a pesquisa aliada à prática, que possibilitou o crescimento do grupo e o desenvolvimento da metodologia de trabalho que estava sendo adotada para a SAE. A iniciativa de buscar subsídios científicos que pudessem sustentar melhor a metodologia de trabalho adotada foi importante para fortalecer o grupo no conhecimento e aprofundamento da SAE como instrumento de organização da Assistência.

A gente fez um trabalho é de pesquisa. (...) Houve a minha preocupação em relação a fazer uma coisa científica. (...) Vamos fazer um trabalho, porque eu não sei nada de sistematização. Precisamos estudar processo de enfermagem. (...). Aí, fizemos um trabalho sobre sistematização. Pesquisamos entre os enfermeiros. (...) A gente fez o trabalho (EIC – 4).

Nessa gestão foi implantada a segunda etapa da SAE, ou seja, o Diagnóstico de Enfermagem, sendo esta considerada uma das fases mais complexas do processo. Por isso, a Chefia deixou essa nova fase para ser implantada alguns anos depois de se ter vivenciado as outras etapas. Para sua implantação, foi realizado um curso cujo objetivo partiu da discussão dos fundamentos teóricos do Diagnóstico de Enfermagem. Esse evento permitiu a aquisição de conhecimentos para a elaboração dos referidos Diagnósticos.

O diagnóstico não, o diagnóstico a gente deixou porque no começo realmente diagnóstico é uma coisa muito complicada (...) fórum de diagnóstico de enfermagem, aí foi num sábado, eu escalei todo mundo (...). Foi muito cansativo, mas a gente aprendeu muita coisa (EIC – 4).

Com relação à organização da etapa do Histórico de Enfermagem, a Chefia elaborou, juntamente com os enfermeiros, vários modelos de instrumentos para a coleta de dados dos clientes admitidos. Esses modelos foram confeccionados de acordo com as Unidades de Internação (UR e UCP) e direcionados para o perfil da clientela atendida. Os instrumentos foram adaptados para as necessidades apresentadas pelos enfermeiros, durante a fase de sua aplicação.

Nós fizemos tantos modelos, mas depois nós fizemos mais direcionados para a reabilitação. (...) Começaram a montar o histórico que já estava mais ou menos organizado para cuidados paliativos (EIC – 4).

Outras estratégias estiveram relacionadas com a execução de auditoria das etapas da SAE, principalmente as do Histórico e da Evolução de Enfermagem, nas quais a Chefia buscava analisar se esses instrumentos estavam sendo preenchidos pelos enfermeiros. A auditoria possibilitou verificar-se que apenas alguns destes estavam cumprindo as etapas referidas de acordo com a distribuição de enfermarias e leitos por enfermeiro, determinada pela Chefia.

Uma das estratégias importantes apontadas nesse período foi o aumento do número de enfermeiros para a implementação das referidas etapas. Levou-se em consideração que a execução destas demandava maior número de horas dos enfermeiros, além do trabalho assistencial que era desenvolvido por esses profissionais. Buscou-se também parceria com os enfermeiros que tinham maior interesse pela SAE, o que se percebia pela sua receptividade em discutir as questões inerentes à metodologia. Além dessas reuniões, houve a participação de alguns enfermeiros em um curso específico de SAE, promovido pelo COREN.

Nós fizemos tipo uma auditoria (...). Mas tinham aquelas que faziam direitinho e tinham outras que não faziam de jeito nenhum. Algumas vezes que eu fui fazer a tal da auditoria diria que alguns colegas realmente (...) eu acho que o hospital está sendo assim tipo uma referência na sistematização (...) eu comecei a trabalhar muito em cima de aumentar o número de enfermeiros (...) você sabe que sistematização precisa de mais enfermeiro (...) eu digo que foi a gente que conseguiu lotar de pessoal o suficiente para fazer sistematização, não é muito serviço, muito serviço (...) eu sei é que quando você se reúne, conversa com os colegas, eles ficam assim como se diz receptivos (...). Eu reunia muito com o enfermeiro B (...) e mais uma pessoa e nós fizemos um curso (...). A gente se reunia (EIC – 4).

Cita-se, como uma importante estratégia de implementação da SAE pela Chefia de Enfermagem, a utilização da coerção, como forma de exigir a realização das etapas dessa metodologia pelos enfermeiros e o cumprimento das normas e rotinas estabelecidas, principalmente as etapas de avaliação, evolução e revisão da Prescrição de Enfermagem. Outra estratégia importante nessa implementação foi a obrigatoriedade dos enfermeiros na participação dos cursos programados para o desenvolvimento da SAE na instituição. Percebe-se que o processo de aprimoramento de tal serviço nessa gestão foi sendo acompanhado, de forma a cobrar dos enfermeiros a execução de suas etapas, embora se considerasse essa postura de cobrança um processo também desgastante para ela própria.

Você tem que ameaçar porque o colega não valoriza uma coisa. Aquilo que você está fazendo, todo o grupo está engajado a fazer. (...) Se não ia levava falta. (...) só trabalha assim, se a chefia está atrás ligando e cobrando, ameaçando. (...) Tem que ser a chefia cobrando sabe, se a chefia não cobrar os colegas amolecem mesmo. (...) Foi desgastante por parte da chefia estar cobrando sempre para que as coisas acontecessem entendeu, não aconteceu assim 100%. Depois de um certo tempo você fica cansada (EIC – 4).

Percebe-se que uma das dificuldades apresentadas pelo grupo esteve relacionada com a formação dos enfermeiros no planejamento, organização e execução da SAE. A Chefia tinha a percepção de que os enfermeiros que ocupavam cargos de gerência na SES/DF apresentavam dificuldades para compreender a SAE e as Teorias de Enfermagem. Outra dificuldade foi a reprodução gráfica dos formulários específicos para a realização das etapas do Histórico e da Evolução de Enfermagem. Embora os depoimentos retratem o apoio da Diretoria, percebe-se claramente a falta de recursos materiais (formulários) para o desenvolvimento do processo.

No que se refere a atitudes e comportamentos dos profissionais para a concretização da SAE, a Chefia identificou a rejeição, resistência, desinteresse e desvalorização da Equipe em relação a essa metodologia. Apesar da interação existente no processo de execução da SAE pela Equipe de Enfermagem, percebe-se certo distanciamento entre a teoria e a prática.

A maioria dos enfermeiros e eu mesma não tivemos formação sobre sistematização (...). A gente via que a pessoa não sabia direito, ficava assim é meio perdida (...). A gente não sabia, o que eram as teorias. (...). É, teve uma época que a Xerox lá do hospital pifou e aí eu recorri até ao sindicato (...). A direção sempre apoiou a gente, mas nunca tem recurso (...). Rejeição ou preguiça, ou não valorização, não sei o que era (...). Tem pessoas desinteressadas e outras interessadas (...) houve assim no início talvez um pouquinho de resistência (...) eu não sei se os enfermeiros têm vergonha de assumir (...) quando a gente reunia, conversava, todo mundo estava interado, entendeu, mas na hora de fazer o negócio é que vamos ver então, você fala assim: mas por que na prática as coisas não funcionam? (...) Eu te falei, são receptivos, valorizam, mas não faziam, não faziam (EIC – 4).

Para a Chefia de Enfermagem do período de 2001 a 2007, a SAE exigiu muito esforço enquanto líder da Equipe de Enfermagem, principalmente devido à pouca qualificação do grupo para a utilização dessa ferramenta de trabalho. Mesmo assim, essa mesma Chefia revelou que a implantação de tal processo foi gratificante e contribuiu para sistematizar o atendimento de enfermagem.

A gente teve que acompanhar assim de perto, a chefia tem que estar junto com os colegas se não desenvolve não (...) essa é minha frustração porque ninguém você chegava naquela área e perguntava quem é a enfermeira daqui? (EIC – 4).

Diante dessas dificuldades apresentadas no depoimento acima, buscou-se, em 2002, a realização de um treinamento teórico-prático em exame físico com enfoque na ausculta cardíaca e pulmonar, dando início às reuniões com o grupo de estudos sobre a SAE:

Após a dinâmica, teve início a aula sobre exame físico, também ministrada pela enfermeira C, terminada a abordagem teórica, passamos para a prática de ausculta cardíaca e pulmonar (Ata de reunião do NE em 18/03/2002).

Nesse mesmo período, procurou-se sensibilizar e conscientizar os auxiliares de enfermagem das Unidades de Internação sobre a importância dos passos dessa metodologia, com o objetivo de envolver todos os profissionais na implementação da Prescrição de Enfermagem e melhorar o trabalho em equipe.

Em março de 2002, o grupo de estudos realizou encontros para rediscutir a proposta de distribuição dos enfermeiros por número de clientes, visando a melhorar o desempenho destes na qualificação da metodologia de Assistência de Enfermagem.

Reunião com grupo de auxiliares escalados no dia 02/04/02, tendo como pauta a interação da equipe profissional dos auxiliares de enfermagem e enfermeiros na sistematização da assistência de enfermagem, esclarecer sobre a necessidade de envolver os auxiliares de enfermagem no processo de enfermagem com a atuação plena de todos os enfermeiros do hospital e a importância de todos os passos do processo (Ata de reunião do NE em 02/04/2002).

Em agosto de 2002, o COFEN divulgou a Resolução N° 272/2002, sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas instituições de saúde brasileiras. Essa Resolução veio instituir responsabilidades privativas aos enfermeiros com relação às etapas da SAE, cabendo a esse profissional a implantação, organização, execução e avaliação do Processo de Enfermagem, através da Consulta de Enfermagem, ou seja, através do histórico, do exame físico, do diagnóstico, da prescrição e da evolução:

Com a resolução COFEN N° 272/02 fez-se necessário empenharmos para que as etapas da SAE sejam implementadas. A implantação do diagnóstico de enfermagem será precedida de treinamento, aulas e identificação do perfil do diagnóstico de enfermagem em clientes com lesão medular (Relatório de atividades do NE no ano de 2003).

No entanto, nesse período não houve treinamento algum que pudesse subsidiar técnica e cientificamente os profissionais de Enfermagem do DF. Mesmo assim, a Chefia do NE já vinha buscando estratégias educativas para implantar a etapa do Diagnóstico de Enfermagem.

Em pauta foram abordados assuntos sobre o curso de diagnóstico em enfermagem, que será realizado no dia 12/02/02 (Ata de reunião do NE em 02/12/2002).

Assim, buscou-se desenvolver ações educativas que pudessem subsidiar a Chefia do NE e os enfermeiros para a prática do Diagnóstico.

Outro fator importante para o sucesso no desenvolvimento da metodologia esteve relacionado aos questionários aplicados e discutidos com os enfermeiros. Isso levou-os a refletir sobre suas atividades e contribuiu para estudos e pesquisas voltados para as necessidades identificadas pelos enfermeiros, tornando o processo de construção mais participativo e elevando a motivação e a satisfação da Equipe. Percebe-se ainda que, para a manutenção e execução das etapas da SAE, foi necessário planejar ações de revisão, correção e acompanhamento dessas etapas pela Chefia.

O grupo de enfermeiros do NE encontra-se motivados para continuar desenvolvendo a SAE. Para tanto, mesmo com as dificuldades existentes (redução do número de enfermeiros, outro emprego), tem participado ativamente dos trabalhos, reuniões e grupos de estudo (Relatório de atividades do NE no ano de 2003).

Em 2003, os resultados da pesquisa (NAKAMURA et al., 2002) realizada com os enfermeiros no ano anterior permitiram sensibilizar, esclarecer, orientar e motivar os auxiliares de enfermagem para o processo de implementação da SAE. Como estratégia para essa sensibilização, foi organizada uma aula sobre a SAE para um grupo de 26 desses profissionais.

Como apontado por Rossi (1997) e Lima (2004), os responsáveis técnicos pela organização da SAE devem oferecer condições para que todos os elementos da Equipe de Enfermagem participem do planejamento dessa metodologia da Assistência de Enfermagem por meio de cursos e treinamentos.

A implementação das etapas da SAE, por ser uma prática pouco conhecida pela maioria dos enfermeiros, continua requerendo mais treinamento, supervisão e empenho, sobretudo de alguns enfermeiros envolvidos. O treinamento constante de todos os auxiliares de enfermagem também nessa prática é indispensável para o sucesso do processo (Relatório de atividades do NE no ano de 2003).

Em maio do mesmo ano, foi discutida a confecção do Histórico de Enfermagem para as Unidades de Internação, criando-se, inclusive, um grupo de trabalho para elaboração dos formulários de coleta de dados para a SAE e a disponibilização de uma lista de verbos sequenciais para o registro da prescrição de enfermagem. Esses verbos foram definidos conforme o grau de dependência dos clientes e deveriam ser adotados para o registro correto.

Evolução de enfermagem: a ficha da Ala A está sendo revisada pela enfermeira C. Para a Ala B ficou criado um grupo composto pelos enfermeiros D, E, F e G (Ata de reunião do NE em 15/05/2003).

Em agosto do mesmo ano, os enfermeiros da UOHP elaboraram e implantaram os impressos para Admissão, Evolução, Prescrição e Anotação de Enfermagem, dando início ao processo de implantação da SAE em mais uma Unidade de Internação do hospital em estudo.

A Chefia do NE sensibilizou o grupo de enfermeiros, em setembro de 2003, quanto à falta de anotações de alguns enfermeiros na listagem de clientes a serem evoluídos, dificultando principalmente a digitação e atualização das prescrições de enfermagem pelo pessoal administrativo do Setor de Internação. Essa listagem confeccionada pela Chefia visava a controlar o registro das evoluções dos clientes pelos enfermeiros.

A falta de anotações de determinados enfermeiros, das evoluções realizadas na listagem de pacientes, está dificultando o andamento da SAE na segunda-feira. Foi lembrado a todos que a servidora administrativa que faz a digitação na segunda-feira também tem um cronograma a seguir (Ata de reunião do NE em 05/09/2003).

Percebe-se, também, nesse período, a insistência e a cobrança da Chefia para a execução das etapas de Evolução e Prescrição de Enfermagem pelos Enfermeiros Assistenciais, ficando evidente que esses profissionais consideravam a SAE como uma ferramenta de sua rotina de trabalho e não como um instrumento de planejamento, qualificação da assistência e valorização profissional.

A discussão da proposta de reformulação da SAE foi iniciada em fevereiro de 2004, com a confecção e implantação do instrumento de coleta de dados aplicado ao cliente neurológico, baseado no modelo conceitual de Horta, bem como com a reformulação da Evolução de Enfermagem Semanal, o treinamento teórico-prático sobre Diagnóstico de Enfermagem, a implantação do impresso do referido Diagnóstico, a padronização dos verbos da Prescrição de Enfermagem e a elaboração das condutas de enfermagem específicas da UR.

Em março do mesmo ano, foi apresentada a dissertação de Mestrado “Diagnóstico de Enfermagem em Pacientes Lesados Medulares, Segundo o Modelo Conceitual de Horta e a Taxonomia II da NANDA”, do autor Neves, 2003. Sugeriu-se, na ocasião, a confecção de um modelo de Evolução de Enfermagem que atendesse às necessidades e especificidades da Assistência de Enfermagem nas três Unidades de Internação. Nesse mesmo período, deu-se início ainda à discussão para implantação da etapa do Diagnóstico de Enfermagem na UR.

Proposta a confecção de um modelo mais funcional de evolução de enfermagem que atenda os três setores, devido à diversidade, deverá ser um modelo para cada setor (Ata de reunião do NE em 10/03/2004).

Levou-se em conta também que, em 2004, o hospital vinha se destacando na organização e planejamento da SAE, sendo, inclusive, considerado modelo para implantação em outras Unidades de Saúde do DF. Os trabalhos relacionados com a SAE e desenvolvidos pela Equipe sensibilizaram, então, a GE e outras Unidades, possibilitando assim a divulgação do Modelo Assistencial no DF.

Solicitamos a liberação do Dr. G para proferir palestra sobre SAE na UTI do hospital no dia 20/04/2004 (...) tal encontro será para enriquecimento do grupo dos supervisores de enfermagem das UTI's da rede SES/DF (Memorando nº 034/2004 em 17/03/2004).

O grupo de estudos formado no mesmo ano apresentou o Histórico de Enfermagem que seria adotado para a UR, utilizando modelo conceitual das NHBs de Horta. Os itens do formulário foram discutidos e alterados, de forma a atender às necessidades dos enfermeiros envolvidos na Assistência de Enfermagem dessa Unidade. Após o teste do instrumento, os enfermeiros avaliaram o novo formulário, vindo este a ser implantado por um período de 60 dias.

Foi apresentado pela enfermeira H um modelo de coleta de dados (substituirá o histórico) e evolução de enfermagem, liberado os enfermeiros I e J para aprofundar o estudo sobre o modelo, na manhã seguinte. Os impressos apresentados foram avaliados pelos enfermeiros presentes, sugerido algumas alterações e correções e distribuído para ser utilizado em caráter experimental (Ata de reunião do NE em 12/03/2004 e 23/04/2004).

Em abril de 2004, o NE disponibilizou para os enfermeiros o guia para a efetivação da Prescrição de Enfermagem, com o objetivo de uniformizar e normatizar a rotina de execução e redação da referida Prescrição nas Unidades. O guia também padronizava as principais intervenções, de acordo com as alterações das NHBs e os Diagnósticos de Enfermagem em clientes neurológicos.

A partir de hoje a Chefia do NE disponibiliza o guia para execução da prescrição de enfermagem que faz parte do manual de SAE do hospital, que ficará no repouso dos enfermeiros para consulta. Descrição da atividade: a prescrição de enfermagem das unidades de internação (Reabilitação e Cuidados Paliativos) é um plano de cuidados semanais voltados para o atendimento de pacientes lesados medulares, neurológicos e oncológicos sob a assistência de enfermagem (Orientação de serviço nº 01/2004 em 26/04/2004).

A Chefia do NE também encaminhou solicitação de parecer ao COREN-DF, quanto à legalidade da prescrição de alguns procedimentos de Enfermagem (cateterismo vesical, glicemia capilar, fleet-enema, higiene oral com clorexidina e embrocção vaginal) e também quanto à falta de anotações no formulário de

Prescrição de Enfermagem, objetivando nortear as discussões levantadas em relação às atribuições do enfermeiro na realização dessa etapa e do auxiliar de enfermagem na sua implementação.

Após análise dos fatos, somos de parecer que: 1. seja feito um treinamento com toda a equipe de enfermagem, visando à orientação sobre a importância da anotação e aposição da assinatura e carimbo no procedimento realizado para comprovação legal do cuidado prestado; 2. caso o treinamento não surta efeito desejado, que sejam aplicadas as sanções cabíveis, para sanar tais dificuldades; 3. que não há impedimento legal ou técnico para que o enfermeiro possa prescrever e executar os procedimentos ora questionados (Parecer do COREN-DF nº 008/2004, em 30 de julho de 2004).

A pesquisa de Rodrigues (2004) teve como objetivo analisar a percepção dos enfermeiros quanto à aplicação do PE em duas instituições de saúde da SES/DF, sendo escolhida essa unidade hospitalar para o estudo comparativo, o qual apresentou os seguintes resultados:

Os enfermeiros do hospital que não aplicam o processo de enfermagem reconhecem a sua importância, entretanto consideram essencial o aumento do número de enfermeiros para estarem implementando esta metodologia. Os enfermeiros do hospital que aplicam o processo de enfermagem possuem um conhecimento mais amplo sobre o assunto e apesar das dificuldades encontradas, estão conseguindo aplicá-lo, não totalmente, mas sim nas seguintes fases: histórico, prescrição e evolução de enfermagem (RODRIGUES, 2004).

A organização do I Fórum de SAE na instituição foi discutida em reunião com os enfermeiros e a Chefia de Enfermagem. Tal discussão ocorreu em agosto de 2004, com a finalidade de buscar estratégias que pudessem viabilizar a SAE e instrumentalizar os enfermeiros para a realização da Coleta de Dados e a formulação dos Diagnósticos de Enfermagem em clientes neurológicos.

Enfermeiro K informou a programação de um Fórum de SAE para o mês de agosto, com data ainda não definida, para haver participação total dos enfermeiros do hospital a chefia irá escalar todos de serviço diurno (SD) nesse dia. A proposta (...) é que seja num sábado, mas ainda não ficou marcada, já que vários enfermeiros faltaram à reunião e outros estão de férias (Ata de reunião do NE em 04/06/2004).

O instrumento de coleta de dados da UR foi avaliado e considerado bom para a maioria dos enfermeiros. E os conceitos de morte, luto, cuidados paliativos, autocuidado, família e comunidade foram escolhidos pelos enfermeiros para incorporação no Modelo de Assistência implementado.

Dentre os problemas principais com relação à Prescrição de Enfermagem, foram destacados: cuidados não checados pela Equipe (86,0%), falta de espaço para assinaturas e anotação (78,5%), siglas inadequadas para checar os cuidados (78,5%), impresso e digitação inadequados (71%) e ausência de revisão das prescrições pelos enfermeiros (71%).

As prioridades sugeridas pelos enfermeiros para que a Chefia do NE desse continuidade ao processo de manutenção da SAE foram: a sensibilização da Equipe de Enfermagem para a melhoria da Prescrição de Enfermagem (92%), formação do grupo de estudos (94%), treinamento dos enfermeiros (88%), informatização do processo (88%), divulgação no hospital (88%), auditoria de todas as etapas (88%) e aumento do número de enfermeiros (88%).

A avaliação da nova metodologia adotada para a SAE, ou seja, da proposta de divisão dos enfermeiros por enfermaria foi apresentada durante o fórum, considerando-se as dificuldades, as vantagens e as desvantagens.

Dar continuidade no processo da SAE com a distribuição enfermeiro/enfermaria, a princípio trimestral, com avaliação semanal através de auditoria para identificar as falhas na realização da evolução de enfermagem. Discutir e definir o modelo de evolução de enfermagem: desta forma é imprescindível a participação de todos para que a nova metodologia adotada possa se tornar efetiva (Avaliação da nova metodologia adotada para SAE no Hospital em 14/08/2004).

Nesse mesmo período, o COREN-DF organizou um curso teórico-prático de SAE para os enfermeiros-chefes e gerentes de Enfermagem das diversas Unidades da SES-DF, com o seguinte conteúdo programático: Teorias de Enfermagem, Histórico, Exame Físico, Diagnóstico, Prescrição e Evolução de Enfermagem.

Com base na Resolução COFEN 272/2002, o COREN-DF com esta iniciativa quer subsidiar técnica e cientificamente os profissionais de Enfermagem, na implementação da SAE (Ofício Circular Coren-DF nº 017/2004/GAB-COREN-DF em 16/08/2004).

Apesar de a Resolução COFEN 272 estar vigorando desde o ano de 2002, somente no ano de 2004 é que essa entidade convocou os enfermeiros responsáveis técnicos das instituições de Saúde da SES-DF para um treinamento teórico-prático, visando a implantar a SAE nas Unidades de Saúde.

Em outubro de 2004, foi apresentado o instrumento de Diagnóstico de Enfermagem que seria utilizado pelos enfermeiros e em todos os clientes admitidos na UR. Este poderia, também, ser preenchido pelo enfermeiro responsável pela enfermagem ou servir como guia de orientação para a elaboração dos referidos diagnósticos.

O instrumento está baseado em 18 NHBs de Horta e 31 diagnósticos de enfermagem (DE), as necessidades seguem a hierarquia/seqüência do histórico de enfermagem, a escolha dos DE, características definidoras (CD) e fatores de risco estão de acordo com a pesquisa de Neves (2003) em pacientes LM, existe um DE e algumas CD com o símbolo (*) que não estão listados pela Nanda, o instrumento foi montado com 4 colunas e listados os diagnósticos reais e as principais CD para os referidos diagnósticos, não foram listados fatores relacionados. O instrumento será testado durante um período de três meses, iniciando em 25/10/04 e com término em 25/01/05 (Ata de reunião do NE em 20/10/2004).

Percebe-se que, para a implantação do Diagnóstico de Enfermagem, houve um estudo aprofundado do perfil diagnóstico da clientela atendida na UR que orientou a elaboração de um instrumento específico que atendesse à realidade e, ao mesmo tempo, permitisse a sua utilização de forma prática pelos enfermeiros que participaram desse processo.

Em reunião do grupo de estudos em junho de 2005, abordou-se o estabelecimento de um número máximo de três admissões diárias de clientes na UCP, para facilitar a realização da coleta dos dados, tendo em vista o número insuficiente de enfermeiros no período da tarde. A inexistência de um instrumento de coleta de dados para clientes em cuidados paliativos dificultava a etapa do Histórico de Enfermagem. Nessa reunião, discutiu-se a necessidade de reformulação da Prescrição de Enfermagem, de acordo com a clientela atendida nessa Unidade. Tais dificuldades para a execução da SAE na UCP foram apontadas pelos enfermeiros:

Discutiu-se sobre (...) número máximo de três admissões por dia e à tarde. Não está sendo usado nem um formulário específico para admissão de enfermagem. Não há muito rigor quanto ao número de admissões (...). A prescrição de enfermagem deve ser reformulada para se adaptar a realidade da ala A (Ata de reunião do NE em 30/06/2005).

Em dezembro do mesmo ano, dois enfermeiros apresentaram o instrumento de coleta de dados, denominado “Histórico de Enfermagem da UCP”, baseado nas NHBs de Horta, e para uso exclusivo em clientes oncológicos.

Foi apresentada pelos enfermeiros L e M a proposta de instrumento de coleta de dados para admissão dos pacientes de cuidados paliativos da Ala A. (Ata de reunião do NE em 05/12/2005).

Percebe-se que, ao longo dos anos de implantação da SAE, não se pensou na escolha de um referencial teórico que possibilitasse o desenvolvimento dessa metodologia. Esse período foi marcado pela escolha de uma Teoria de Enfermagem que subsidiasse o processo de construção da metodologia de sistematização que estava sendo experimentada.

Em 2005, houve novamente a divulgação da distribuição de enfermeiros por enfermaria, quando a Chefia do NE solicitou encarecidamente o cumprimento das evoluções e da revisão da prescrição de enfermagem, além de considerar a necessidade de reformulação da Prescrição da UCP.

Em levantamento efetuado nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2005, verificamos que a maioria dos pacientes não está sendo avaliados/evoluidos e revisadas as prescrições de enfermagem pelos respectivos enfermeiros responsáveis pelas enfermarias designadas. Solicitamos empenho no que se refere a SAE, informando todas as dificuldades encontradas para discutirmos os meios para a viabilização da SAE, principalmente nas etapas já implantadas (Comunicado interno, 06/04/2005).

Por outro lado, o COREN-DF reconheceu que os enfermeiros dessa Unidade de Saúde vinham se destacando no processo de gestão, supervisão e assistência direta aos clientes:

O COREN-DF reconhece que os enfermeiros do hospital, vêm se destacando no processo de gestão, supervisão e assistência direta aos pacientes, o que muito dignifica a nossa profissão (Ofício nº 224/2005/GAB-COREN-DF, em 29/07/2005).

O Secretário de Estado de Saúde do DF e a GE/SES comunicam, então, a criação e coordenação do grupo de trabalho para a elaboração da SAE no Programa de Modernização Tecnológica das Unidades Assistenciais de Saúde (PMTUAS), com o objetivo de organizar, planejar e implantar a SAE nas diversas Unidades de Saúde da SES-DF.

O Secretário de Estado de Saúde do DF, no uso de suas atribuições que lhe confere (...) e considerando a necessidade de implantação da SAE, nas Unidades de Saúde da SES/DF, resolve: Criar Grupo de Trabalho, formado por enfermeiros (...) para elaborar instrumentos para a SAE, a serem inscritos no PMTUAS (Diário oficial do DF, nº 182, 21/09/2006).

O grupo foi formado por cinco enfermeiros de diversas Unidades de Saúde do DF, com o objetivo de confeccionar os instrumentos específicos das áreas de internação e Assistência de Enfermagem, para informatização da SAE:

Informamos que o enfermeiro N está coordenando o grupo de trabalho para a elaboração da SAE para o PMTUAS junto a Gerência de Enfermagem da DIPAS/SES/DF (...). Acreditamos ser esse o momento um grandioso passo em busca da qualidade da assistência de enfermagem da SES (Memorando nº 143/2005 – GENF/DIPAS em 21/10/2005).

Em dezembro de 2005, foi realizada reunião com a GE/SES-DF para apresentação do primeiro relatório do grupo de trabalho da SAE/PMTUAS. Esse diagnóstico permitiu identificar que nove hospitais e 25 unidades de internação tinham uma ou mais fases da SAE implantadas. Foram recolhidos 24 instrumentos/formulários que estavam sendo utilizados para a aplicação da SAE em diversas unidades da SES-DF. Desses formulários/instrumentos, 45% estavam relacionados com a etapa do Histórico de Enfermagem, 12% com a etapa do Diagnóstico de Enfermagem, 33% com a etapa da Prescrição de Enfermagem, 8% com o Plano de Cuidados e 17% com a Evolução de Enfermagem. Do total de 24 instrumentos/formulários, 100% estavam sendo utilizados na área hospitalar, 100% eram direcionados para a clientela atendida, 77% foram padronizados pela GE/DIPAS e não adotavam modelo conceitual ou Teoria de Enfermagem e 77% foram confeccionados em forma de check-list:

Realizada reunião para apresentação do relatório do grupo SAE – PMTUAS com as sugestões e propostas, diagnóstico da SAE na SES-DF e a inserção do grupo SAE no PMTUAS da SES-DF (Ata de reunião do NE em 21/12/2005).

Em junho de 2006, o enfermeiro Supervisor da UOHP apresentou a proposta de implantação da Consulta de Enfermagem, em conjunto com outros profissionais da referida Unidade, com os seguintes objetivos:

Qualificar a assistência baseado em princípios científicos (admissão, histórico, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e planejamento de cuidados, evolução e alta), deixar de ser apenas o executor da prescrição médica, racionalizar o trabalho de enfermagem, promover condições de trabalho, oferecer segurança ao profissional, paciente e avaliar o serviço prestado pela enfermagem na hematologia (Pauta de reunião do NE em 2006).

Para a implantação da Consulta de Enfermagem na UOHP, foram discutidos os conceitos e idéias que deveriam ser considerados no sistema, as Teorias de Enfermagem que pudessem dar sustentabilidade ao modelo de SAE, os métodos (processos) a serem utilizados na consulta, os aspectos do contexto da realidade e os possíveis diagnósticos de enfermagem da clientela a ser atendida. Estabeleceu-se então um roteiro para realização da Consulta de Enfermagem pelos enfermeiros dessa Unidade.

Nesse mesmo período, foi solicitada pela Chefia do NE a realização de auditoria nos prontuários, que resultou na confecção do documento denominado “Análise da SAE nas UR e UCP”. O estudo demonstrou que 83% dos prontuários tinham o Histórico de Enfermagem preenchido, 42% tinham o Diagnóstico de Enfermagem nos prontuários e 63% dos prontuários tinham a Evolução de Enfermagem na UR. Revelou ainda que 100% dos prontuários tinham o Histórico de Enfermagem e 25% tinham a Evolução de Enfermagem na UCP.

A rotina para a realização da etapa do Diagnóstico de Enfermagem na UR foi discutida e apresentada em setembro de 2006, dando continuidade à elaboração do Manual da SAE.

Em abril e maio de 2007, a Chefia divulgou a escala trimestral dos enfermeiros para evolução e revisão da Prescrição de Enfermagem e recomendou a participação de todos na discussão das dificuldades identificadas para o planejamento da SAE.

O enfermeiro que não conseguir seguir o cronograma por alguma intercorrência no plantão, comunique aos colegas os motivos e relacione os pacientes que ficaram pendentes para que o plantão seguinte possa dar continuidade (...) todas as dificuldades encontradas deverão ser discutidas na Chefia de Enfermagem juntamente com os outros enfermeiros (Comunicado do NE em 04/07/2007).

Os documentos e depoimentos analisados no período de 1994 a 2007 permitiram descrever a história da implementação da SAE em quatro fases distintas. Inicialmente, a primeira fase foi marcada pela implantação da etapa da Prescrição de Enfermagem; a segunda fase, pela preparação da etapa do Histórico de Enfermagem; a terceira fase, por sua vez, esteve relacionada com o desenvolvimento da etapa da Evolução de Enfermagem; e a quarta fase, por fim, evidenciava o processo de implantação do Diagnóstico de Enfermagem e da Consulta de Enfermagem.

A Figura 2 mostra a síntese dos momentos históricos que marcaram a implementação da SAE na unidade hospitalar.

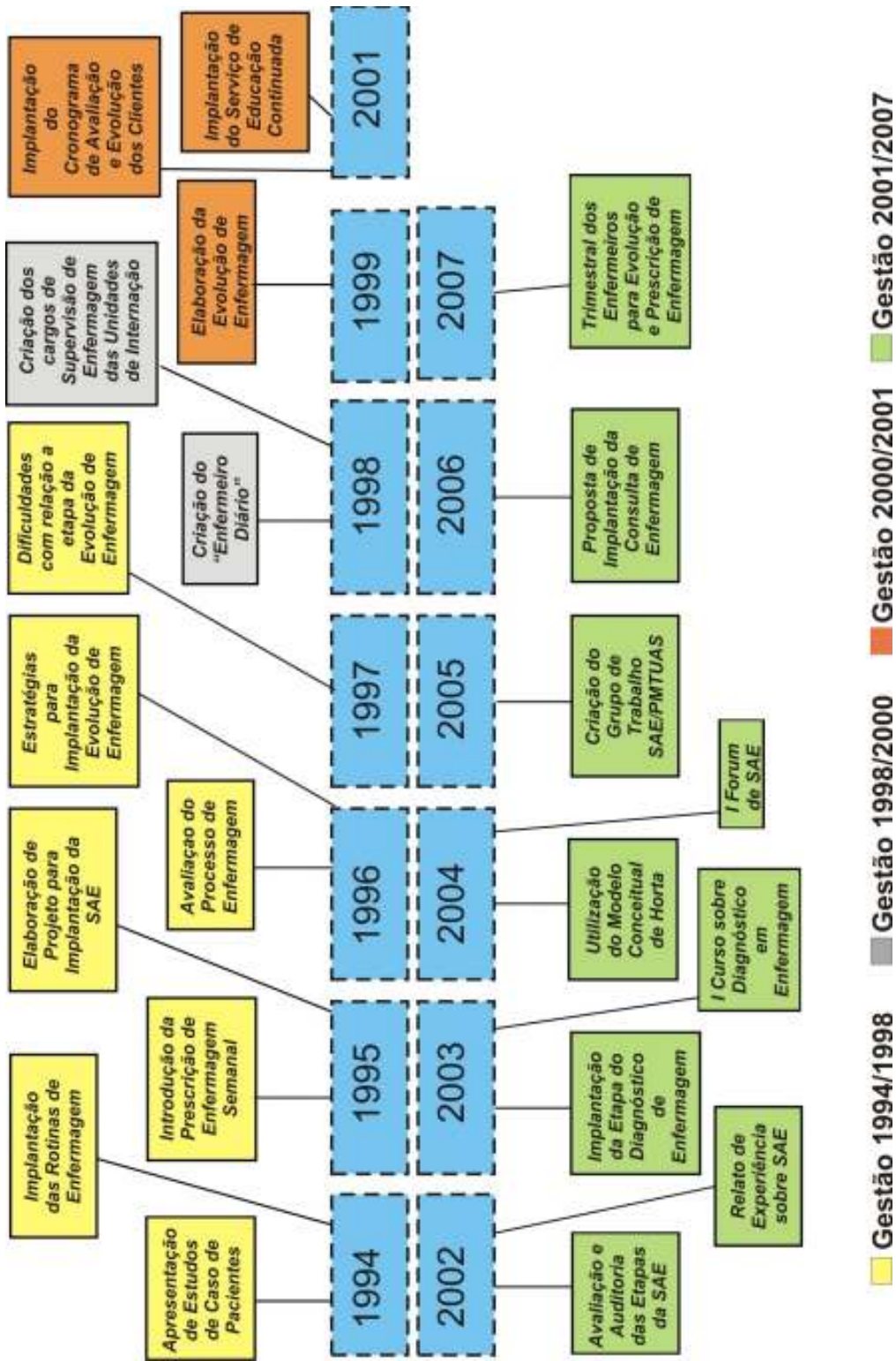
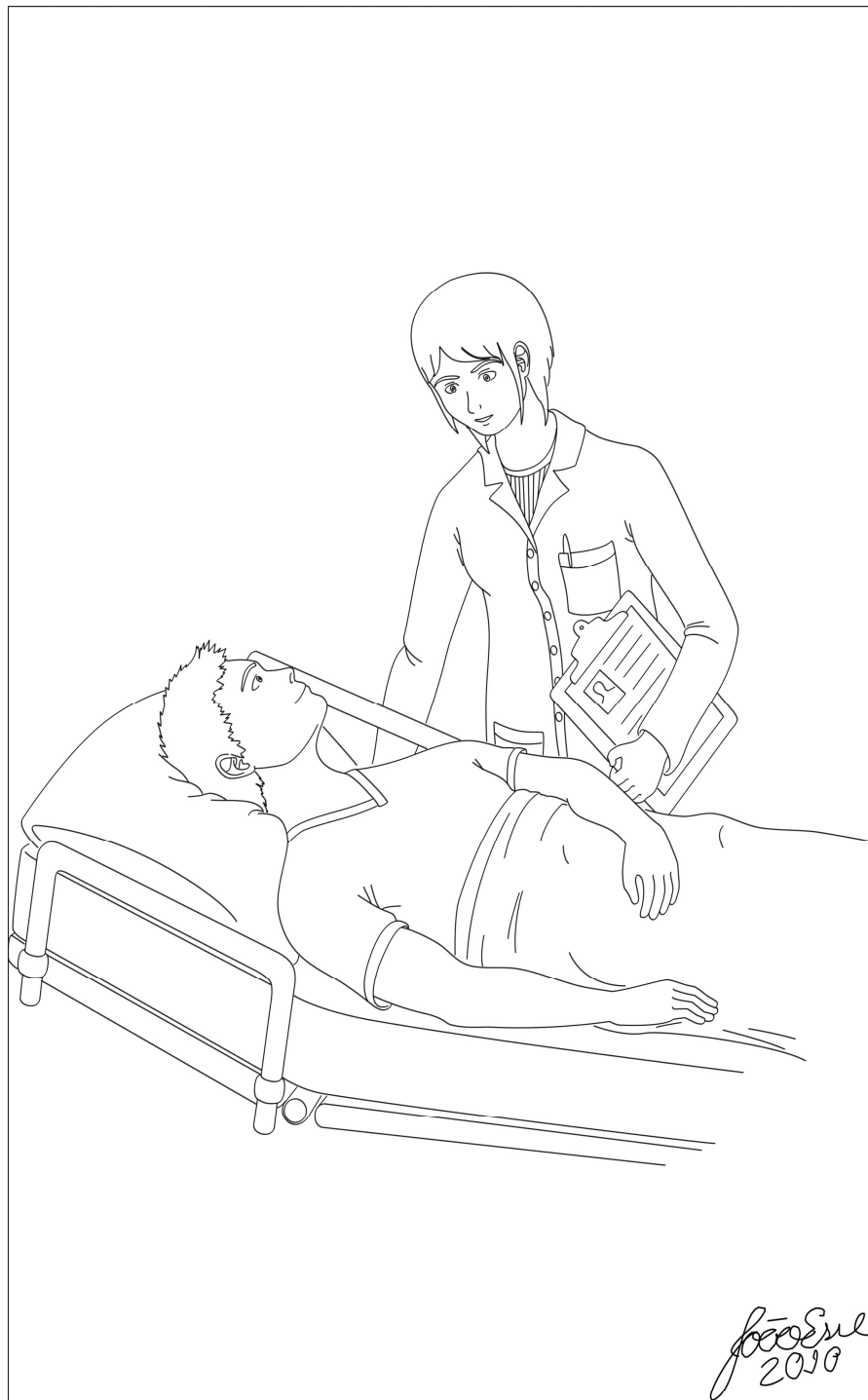


Figura 2 – Síntese do histórico de implementação da SAE no cenário em estudo



4 OPERACIONALIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

As tabelas apresentadas a seguir evidenciam a frequência de preenchimento dos formulários utilizados para aplicação das etapas da SAE nas quatro Unidades de Internação. Este resultado permite analisar-se de forma ampla quais as etapas dessa metodologia que estão sendo operacionalizadas pela Equipe de Enfermagem no caso em estudo.

4.1 A ETAPA DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

A Tabela 3 mostra os itens analisados na primeira etapa do PE, ou seja, o Histórico de Enfermagem na UR, UCP e UOHP e a Admissão de Enfermagem Descritiva na UC e na UOHP. Os resultados apresentam as condições de preenchimento das subcategorias de NHBs de Horta, que compõem os instrumentos utilizados pelos enfermeiros para a coleta de dados dos clientes durante sua admissão nessas Unidades.

Tabela 3 – Distribuição das condições gerais de preenchimento do formulário “Histórico de Enfermagem” nas Unidades de Reabilitação, Cuidados Paliativos Coagulopatia e Onco-hematologia Pediátrica de um hospital público do Distrito Federal – Brasília – 2006/2007

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	UNIDADES DE INTERNAÇÃO											
	UR (N = 25)		UCP (N = 25)		UC (N = 26)		UOHP (N = 64)					
ITENS DE ANÁLISE	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Histórico Padronizado	21	84,0	24	96,0	-	-	30	46,8				
Admissão Descritiva	-	-	-	-	4	15,3	15	23,0				
Identificação do Cliente	4	16,0	11	44,0	4	15,3	55	85,9				
Assinatura e Carimbo	11	44,0	14	56,0	4	15,3	25	39,0				

Onde: N - número total de prontuários; n - número total de formulários de Históricos de Enfermagem; % - porcentagem; UR - Unidade de Reabilitação; UCP - Unidade de Cuidados Paliativos; UC - Unidade de Coagulopatia; UOHP - Unidade de Onco-hematologia Pediátrica.

A tabela anterior indica a utilização do Histórico de Enfermagem na UR e UCP. Esse resultado possibilita afirmar que os modelos de históricos padronizados têm contribuído para a implementação da etapa de coleta de dados nessas Unidades. Tais instrumentos também foram confeccionados com base na Teoria de NHBs de Horta, sendo agrupadas as principais subcategorias de necessidades para a coleta de informações e avaliação dos clientes neurológicos e oncológicos.

O Histórico de Enfermagem deve permitir a coleta de informações específicas e relevantes em relação ao cliente, assegurando, de maneira holística, que as esferas biológicas, sociais, psicológicas e espirituais do ser humano sejam consideradas, conforme a teoria de Enfermagem utilizada (TANNURE, 2008).

Ainda com relação ao preenchimento do Histórico de Enfermagem (padronizado) nas Unidades de Internação, constatou-se que os enfermeiros da UCP e da UR realizam com maior frequência o preenchimento desse formulário, enquanto os da UOHP o fazem em menor frequência.

Percebeu-se também uma maior adesão dos enfermeiros no cumprimento das etapas da Entrevista e do Exame Físico, utilizando o Histórico de Enfermagem Padronizado, em vez da execução da Admissão de Enfermagem Descritiva em formulário de evolução padronizado pela instituição.

Observou-se que o preenchimento da admissão descritiva do cliente na UC tem sido pouco realizado pelo enfermeiro, comprometendo a coleta e o registro de dados que subsidiam as etapas posteriores da SAE, quais sejam, o diagnóstico, a prescrição e a evolução de enfermagem. A ausência de um instrumento estruturado e direcionado para a coleta e entrevista do cliente contribui para a deficiência no preenchimento da etapa do Histórico de Enfermagem.

Outro fator que interfere na deficiência da coleta de dados durante a admissão do cliente pode estar relacionado com a ausência de um referencial teórico ou modelo conceitual que possa direcionar o enfermeiro para essa etapa da SAE e para essa Unidade.

Neste sentido, Tannure e Gonçalves (2008) reforça que, para sistematizar a Assistência de Enfermagem, é necessário haver um marco conceitual que fundamente o tipo de organização adotado e uma teoria que funcione como um alicerce estrutural para a implantação da SAE, a qual requer uma metodologia para ser implementada.

Quanto aos dados de identificação do cliente, houve um maior percentual de preenchimento desses itens no Histórico de Enfermagem da UOHP. Na análise dos itens – assinatura e carimbo do enfermeiro – no formulário de Histórico das Unidades de Internação –, o maior percentual de preenchimento desses dados deu-se no Histórico da UCP. Na UC, o percentual de preenchimento e registro desses itens foi menor.

O COFEN, em sua Resolução 191/96, determina que a Equipe de Enfermagem deve identificar-se após cada registro, utilizando nome, categoria e número do registro no COREN, além de carimbo do profissional.

Tabela 4 – Distribuição dos impressos e situação de preenchimento por subcategorias de Necessidades Humanas Básicas do formulário “Histórico de Enfermagem” nas Unidades de Reabilitação e Cuidados Paliativos de um hospital público do Distrito Federal – Brasília – 2006/2007

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TOTALMENTE PREENCHIDO						PARCIALMENTE PREENCHIDO						NÃO PREENCHIDO							
	UR		UCP		(N = 25)		UR		UCP		(N = 25)		UR		UCP		(N = 25)			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
História Clínica	-	-	12	48,0	-	-	12	48,0	-	-	12	48,0	-	-	1	4,0	-	-	1	4,0
História da doença atual	-	-	12	48,0	-	-	12	48,0	-	-	12	48,0	-	-	1	4,0	-	-	1	4,0
Oxigenação	8	32,0	3	16,0	9	36,0	22	84,0	5	20,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Circulação	9	36,0	14	56,0	9	36,0	8	32,0	7	28,0	3	12,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Regulação Térmica	9	36,0	13	52,0	12	48,0	11	44,0	4	16,0	1	4,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Integridade Cutâneo-mucosa	12	48,0	20	80,0	9	36,0	-	-	4	16,0	5	20,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Percepção, Aprendizagem, Orientação no tempo e espaço	8	32,0	13	56,0	14	56,0	13	52,0	3	12,0	3	12,0	3	12,0	3	12,0	3	12,0	3	12,0
Nutrição e Hidratação	20	80,0	6	24,0	2	8,0	17	68,0	3	12,0	2	8,0	3	12,0	2	8,0	-	-	-	-
Eliminação	4	16,0	3	12,0	18	72,0	21	84,0	3	12,0	1	4,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Sono e Repouso	15	60,0	22	88,0	6	24,0	-	-	4	16,0	3	12,0	4	16,0	3	12,0	-	-	-	-
Exercício, atividade física, locomoção e autocuidado	9	36,0	20	80,0	11	44,0	4	16,0	5	20,0	1	4,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Higiene e Cuidado Corporal	17	68,0	17	68,0	4	16,0	7	28,0	4	16,0	1	4,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Integridade Física	15	60,0	-	-	4	16,0	-	-	6	24,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comunicação	8	32,0	-	-	14	56,0	-	-	3	12,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lazer e Recreação	4	16,0	-	-	1	4,0	-	-	20	80,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Religião e Filosofia de vida	12	48,0	-	-	6	24,0	-	-	7	28,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Onde: N - número total de prontuários; n - número total de formulários de Históricos de Enfermagem; % - percentagem; UR - Unidade de Reabilitação; UCP - Unidade de Cuidados Paliativos; UC - Unidade de Coagulopatia; UOHP - Unidade de Onco-hematologia Pediátrica.

Na Tabela 4, os resultados do Histórico de Enfermagem da UR mostram o preenchimento completo das necessidades de nutrição e hidratação, higiene e cuidado corporal, sono e repouso e integridade física. Na UCP, foram contempladas as necessidades de sono e repouso, integridade cutâneo-mucosa, exercício, atividade física, locomoção e autocuidado, higiene e cuidado corporal, circulação e regulação térmica.

No Histórico de Enfermagem da UR, foi possível identificar o preenchimento parcial das necessidades de eliminação, percepção, aprendizagem, orientação no tempo e no espaço e comunicação.

Ainda com relação ao preenchimento parcial das necessidades de eliminação pelos enfermeiros da UR, cabe ressaltar que clientes neurológicos apresentam alterações nas eliminações intestinais, urinárias, respiratórias e regulação térmica, sendo os diagnósticos de enfermagem mais frequentes: constipação, incontinência intestinal, incontinência urinária total, termorregulação ineficaz e hipertermia (NEVES, 2007). Estes são dados de fundamental importância e que não foram priorizados nos registros estudados, o que compromete as bases para a identificação de tais necessidades nessa clientela.

No Histórico de Enfermagem da UCP, foram parcialmente preenchidas as necessidades de oxigenação, eliminação, nutrição e hidratação, percepção, aprendizagem, e orientação no tempo e espaço.

A realização da etapa do Histórico de Enfermagem possibilita identificar as alterações de NHBs dos clientes da UCP. O preenchimento parcial dessas informações no instrumento de coleta de dados padronizado contribui para a descontinuidade da metodologia e planejamento da Assistência de Enfermagem, uma vez que a falta desses registros impossibilita o enfermeiro de avançar nas outras etapas da SAE.

Além disso, esses resultados evidenciam que os enfermeiros dão maior destaque à coleta de dados voltados para o atendimento das necessidades psicobiológicas dos clientes neurológicos e oncológicos da UR e UCP.

Nesse sentido, Silva (2001) encontrou resultados semelhantes identificando uma ênfase na avaliação das necessidades biológicas do cliente.

Considerando o preenchimento total dos itens das NHBs nas Unidades de Internação, constatou-se uma diferença entre os dados coletados pelos enfermeiros nos dois formulários de Histórico, ou seja, na UR foram coletados dados das necessidades de nutrição e hidratação, higiene e integridade física, enquanto na UCP foram coletados dados das necessidades de exercício e atividade física, integridade cutâneo-mucosa, circulação e regulação térmica. Esse resultado mostra que existem especificidades quanto ao foco dos enfermeiros e necessidades de cada clientela atendida (neurológicos e oncológicos) e que os enfermeiros direcionam sua entrevista e exame físico para aquelas necessidades e itens que compõem os instrumentos. Quanto às subcategorias de NHBs que apresentaram semelhanças nas duas Unidades, podem-se destacar as necessidades de sono e repouso, higiene e cuidado corporal, percepção, aprendizagem, orientação no tempo e no espaço e eliminação.

No entanto, neste estudo verificou-se que o registro das necessidades psicossociais foi pouco valorizado pelos enfermeiros, uma vez que os dados da necessidade de percepção, aprendizagem e orientação no tempo e espaço e comunicação apresentaram-se parcialmente preenchidos. Convém registrar que os dados da necessidade de lazer e recreação estiveram ausentes nos históricos da UR. Nota-se também a ausência na sistematização e coleta de dados relacionados com as necessidades de integridade física, comunicação, lazer e recreação e religião e filosofia de vida no Histórico de Enfermagem da UCP. Esse resultado indica a necessidade de orientar e treinar os enfermeiros para a avaliação e registro de dados psicossociais, bem como para a inclusão dessas necessidades no formulário de coleta de dados.

Cabe lembrar que as necessidades psicossociais são classificadas em segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, gregária, recreação, lazer, orientação no tempo e espaço, aceitação, auto-realização, auto-estima, participação, auto-imagem e atenção (HORTA, 1979).

Segundo Barros e Cols. (2010), os aspectos sociais visam a levantar dados referentes à interação social, resolução de problemas, apoio espiritual, suporte financeiro, conhecimento sobre o problema de saúde, autocuidado e mudanças percebidas no humor ou nos sentimentos, após o conhecimento do problema de saúde.

Percebe-se também que o enfermeiro tem utilizado o Histórico de Enfermagem de forma parcial, priorizando a coleta e registro de dados de algumas NHBs. Isso colabora, de certa forma, para a fragmentação dos cuidados prestados e descaracteriza a individualização da assistência ao cliente.

Um estudo (ROSSI, 1997) realizado em um hospital-escola do interior de São Paulo identificou que o Histórico de Enfermagem não é completamente preenchido, os registros dão ênfase ao aspecto biológico, particularmente aqueles relacionados com a sobrevivência do cliente. Outro problema identificado está relacionado com a não-utilização desses dados e a coleta desnecessária dessas informações.

Na etapa da coleta de dados e avaliação dos clientes da UCP, os enfermeiros têm priorizado o registro das necessidades psicobiológicas, especialmente daquelas que foram destacadas anteriormente. Isso indica que, de certa forma, o instrumento possibilita a coleta desses dados e que o enfermeiro considera importante o registro dessas necessidades para o planejamento da assistência e estabelecimento de prioridades, em que é destacado o cuidado ao corpo físico.

No entanto há que se enfatizar que os registros efetuados pelos enfermeiros no Histórico de Enfermagem do cliente oncológico da UCP não direcionam o enfermeiro para a tomada de decisões, para o (re)planejamento dos cuidados e para a (re)avaliação dos cuidados prescritos, pois as informações coletadas são fragmentadas.

Destaca-se que os dados objetivos, como aqueles observados no exame físico, são mais fáceis de ser lembrados e registrados. Essa atividade, necessária à execução da SAE, tende a aparecer com maior frequência. Outro fator é que a Enfermagem atribui grande ênfase aos aspectos biopatológicos, reflexo do modelo de ensino adotado por muitas escolas de Enfermagem (DAVIS; BILLINGS; RYLAND, 1994).

Nesse sentido, o preenchimento parcial de alguns itens e necessidades do Histórico de Enfermagem da UR e da UCP dificulta a visualização das bases para afirmações de problemas ou de diagnósticos, principalmente nas subcategorias de NHBs da eliminação, da percepção, da aprendizagem e orientação no tempo e espaço, da comunicação, da circulação e da nutrição e hidratação, envolvendo as etapas subsequentes da SAE, quais sejam, a Prescrição e a Evolução de Enfermagem. E mais: a ausência do registro de sinais e sintomas relacionados com essas necessidades dificulta a análise, a coleção e o agrupamento de dados para a

realização do processo diagnóstico. Além disso, tal ausência pode levar a um refazimento do trabalho, pois esses dados serão coletados novamente, uma vez que não estão disponíveis nos registros.

A vinculação do Diagnóstico à Prescrição de Enfermagem é ressaltada por Kim et al. (1982). Esses autores consideram esse procedimento como resultante de um problema derivado do Histórico, que exige ações e objetivos específicos. Sendo assim, vincula-se, indissociavelmente, o Diagnóstico à Prescrição, visto a identificação, por parte do enfermeiro, de uma situação ou problema do cliente/família/comunidade exigir a contrapartida de seu serviço. Fugir a essa responsabilidade configuraria falta de cumprimento ético do exercício da profissão.

Em um estudo de Souza et al. (2008), foi aplicado um Histórico de Enfermagem em forma de pré-teste em uma Unidade de Internação Oncológica, acompanhando o fluxo desse prontuário a partir da admissão em um ambulatório até o momento da alta. Foram avaliados os registros dos Diagnósticos de Enfermagem, utilizando-se os seguintes indicadores de qualidade: escala de acurácia diagnóstica, complementação do histórico e redação do diagnóstico de enfermagem.

Baptista e Silva (2008) construíram um instrumento de coleta de dados baseando-se nos pressupostos teóricos de Horta (1979) e desenvolvendo um padrão mínimo de Assistência de Enfermagem para o cliente terminal. Estes autores classificaram os Diagnósticos de Enfermagem segundo as necessidades psicobiológicas e psicossociais, através da análise desse instrumento. Nas necessidades psicossociais, identificou 14 diagnósticos relacionados com a oxigenação, hidratação, nutrição, exercício e atividades físicas, mecânica corporal, mobilidade, cuidado corporal, integridade cutâneo-mucosa, integridade física, regulação: térmica, eletrolítica, imunológica, locomoção, percepção: gustativa e dolorosa. Nas necessidades psicossociais, foram levantados cinco diagnósticos referentes a aceitação, auto-realização, auto-estima, auto-imagem e religiosidade ou filosofia de vida.

Ainda com relação à etapa do Histórico de Enfermagem na UCP, percebeu-se que o formulário apresentou todas as 10 subcategorias de NHBs total ou parcialmente preenchidas. Isso possibilita afirmar que o agrupamento dessas necessidades permite a coleta de dados por meio do exame físico e de entrevista direcionada ao cliente oncológico. Esse resultado mostra ainda uma necessidade de ajuste nos itens das NHBs de oxigenação, eliminação, nutrição e hidratação,

percepção, aprendizagem e orientação no tempo e espaço, que se apresentaram parcialmente preenchidas no formulário padronizado, de forma a contribuir para a melhoria do instrumento de coleta de dados dos clientes dessa Unidade.

Torna-se importante considerar que as principais dificuldades na realização do Histórico de Enfermagem estão relacionadas com a interação enfermeiro-cliente (empatia, confiança e reciprocidade), falha na abordagem de alguns itens da entrevista e do exame físico (sexualidade e aspectos psicossociais), interrupções e interferências no momento da coleta de dados, falta de privacidade, dificuldade de comunicação, de interpretação e pressa do enfermeiro (INSTITUTO EDUCACIONAL SÃO PAULO, 2003).

Em suma, conclui-se que ainda existem falhas no preenchimento do Histórico de Enfermagem e que estas devem ser melhor trabalhadas com a intenção de elevar a qualidade desses registros entre os enfermeiros.

A Tabela 4 apresenta, ainda, os itens não preenchidos pelos enfermeiros das Unidades de Internação. Identifica-se a ausência no registro das necessidades de lazer e recreação, especialmente na UR. Já na UCP, os resultados não indicam ausência de preenchimento para as subcategorias de necessidades contidas no Histórico de Enfermagem Padronizado.

Apesar desse resultado, sugere-se o acréscimo da categoria de necessidades psicoespirituais e subcategoria religiosa ou teológica, ética ou filosofia de vida, conforme classificação das NHBs de Horta, uma vez que esta não se encontra no formulário de Histórico de Enfermagem da UCP, entendendo que tal necessidade se encontra alterada em clientes adultos oncológicos.

Neste sentido, concorda-se com Nóbrega e Silva (2009), quando estas afirmam que o Histórico de Enfermagem é hoje amplamente conhecido, formulado e adaptado para as realidades investigadas, uma vez que sua construção e consolidação são frutos de um longo período de estudos, readaptações e formulações, a fim de inseri-lo na prática assistencial como instrumento indispensável no processo do cuidar.

Em um estudo a respeito de impressões dos enfermeiros de uma unidade oncológica sobre a SAE, Souza et al. (2008) identificaram que o Histórico e a Evolução de Enfermagem foram apontados por 93,2% dos entrevistados como sendo as etapas mais conhecidas; 59,2% citam esses procedimentos de

Enfermagem como as etapas mais realizadas; e 61,3% relatam utilizar a SAE em sua prática profissional.

Considerando o conceito de Horta (1979) para a etapa do Histórico de Enfermagem nas Unidades de Internação, conclui-se que esses instrumentos sistematizados em subcategorias de NHBs servem para o levantamento de dados do cliente neurológico e oncológico, embora muitos dos dados coletados, que possibilitariam ao enfermeiro chegar aos Diagnósticos de Enfermagem, não sejam utilizados para a etapa do levantamento de problemas ou Diagnósticos, servindo apenas como etapa burocrática e parte da rotina de trabalho do enfermeiro. Por outro lado, a ausência desses registros não significa dizer que os enfermeiros não realizam o levantamento dos problemas/diagnósticos para o planejamento da assistência aos clientes.

4.2 A ETAPA DA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

A Prescrição de Enfermagem no local de estudo é considerada como etapa que envolve o planejamento de cuidados e intervenções que serão prestadas pela Equipe de Enfermagem aos clientes das Unidades de Internação. Sendo assim, deve estar subsidiada pelas etapas do Histórico e do Diagnóstico de Enfermagem.

Dentre as etapas da SAE, a Prescrição de Enfermagem foi a etapa que apresentou maior frequência de registro pelos enfermeiros em três Unidades de Internação (UR, UCP e UOHP). O mesmo não se deu, porém, na UC, conforme foi constatado. Isso de certa forma reflete a adequação dos formulários de Prescrição para as necessidades dos enfermeiros e para o planejamento dos cuidados de enfermagem aos clientes que são atendidos nas unidades que desempenham aquela etapa.

Tabela 5 – Distribuição dos critérios de análise relativos à etapa de Prescrição de Enfermagem nas Unidades de Reabilitação, Cuidados Paliativos, Coagulopatia e Onco-hematologia Pediátrica de um hospital público do Distrito Federal – Brasília – 2006/2007

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (N = 25)	CONDIÇÃO DE REALIZAÇÃO													
	SIM						INCOMPLETO						NÃO	
	UR %	UCP %	UC %	UOHP %	UR %	UCP %	UC %	UOHP %	UR %	UCP %	UC %	UOHP %	UC %	UOHP %
Realizada semanalmente	99,0	97,0	41,0	94,0	-	-	-	-	1,0	3,0	59,0	6,0	-	
Elaborada pelo mesmo enfermeiro que realizou o HE*	76,0	76,0	40,0	-	-	-	-	-	24,0	24,0	60,0	-	-	
Revisada semanalmente	21,0	9,0	15,0	-	-	-	-	79,0	91,0	85,0	100,0	-	-	
De acordo com o grau de dependência do cliente*	52,0	60,0	80,0	-	4,0	-	-	48,0	40,0	20,0	100,0	-	-	
Assinatura e carimbo profissional	64,0	46,0	54,0	10,0	24,0	41,0	26,0	-	12,0	13,0	20,0	90,0	-	

Onde: N - número total de prontuários; n - número total de formulários de Prescrição de Enfermagem; % - porcentagem; HE - Histórico de Enfermagem;

* = para estes itens foram considerados apenas as 25 primeiras prescrições de Enfermagem de cada prontuário e cliente

Quanto ao registro dos dados do cabeçalho da Prescrição de Enfermagem, a UOHP foi a que apresentou maior percentual de preenchimento incompleto deste item, comparando-se com as outras Unidades de Internação (UR, UCP e UR).

Observa-se que a Prescrição de Enfermagem na UOHP é exercida mecanicamente e não está baseada na análise dos problemas coletados e identificados na etapa de execução do Histórico de Enfermagem, visto não existir, naquela Unidade, uma correspondência na frequência entre essas duas etapas da SAE. Isto ficou confirmado pelo fato de mais da metade dos prontuários não conter o referido Histórico (Tabela 5).

Identificou-se nessa Unidade um maior número de Prescrições de Enfermagem, em relação ao número de Históricos existentes nos prontuários. Conclui-se que a maioria daquelas foi elaborada sem se realizar a primeira etapa da SAE, ou seja, o Histórico de Enfermagem.

A Tabela 5 mostra que a maioria dos prontuários, embora contivesse o formulário de Prescrição de Enfermagem, fica evidente que não foi adotada uma revisão nem tampouco uma avaliação sistemática do cliente em relação aos cuidados prescritos. Nota-se também, nessa Tabela, o descumprimento dos padrões estabelecidos para tal etapa, pois se constatou que mais da metade das prescrições analisadas evidenciaram ausência de alterações na redação das ações e de acréscimo de novas intervenções.

Nesse sentido, percebe-se uma contradição na execução dessa etapa, visto os resultados indicarem que 99% (UR), 97% (UCP) e 94% (UOHP) das Prescrições de Enfermagem foram realizadas, embora 79% (UR), 91% (UCP) e 100% (UOHP) destas não tenham apresentado uma revisão sistematizada pelo enfermeiro, contribuindo, assim, para a descontinuidade da etapa de elaboração e digitação das Prescrições pelo Setor de Internação, uma vez que a orientação de serviço expedida pelo NE estabelece a revisão desse procedimento como uma etapa da SAE nas Unidades de Internação.

Esses dados evidenciam que as Prescrições não são revisadas ou alteradas de acordo com a rotina estabelecida pelo NE, uma vez que devem conter assinatura e carimbo do enfermeiro, assim como a data em que foi realizada e pelo menos uma revisão semanal. Com esse resultado, é possível afirmar-se que essa etapa da SAE não foi incorporada pelos enfermeiros enquanto ferramenta do processo de trabalho, para o planejamento da Assistência de Enfermagem.

Em relação à Prescrição Médica, identificou-se que em 84 formulários da UR e em 87 da UCP não constavam Cuidados de Enfermagem, o que, de certa forma, consolida o processo de implementação da Prescrição de Enfermagem na UR e na UCP, confirmando que a maioria desses cuidados aos clientes estava presente nessa etapa. Tal constatação contribui para uma maior autonomia do enfermeiro na SAE ao cliente, o que indica também valorização da Prescrição de Enfermagem na instituição. Ressalta-se que os dois formulários (Prescrição Médica e Prescrição de Enfermagem) permanecem anexados diariamente e seguem rotina de funcionamento semelhante nas Unidades de Internação, enquanto o cliente permanece internado.

Observou-se também que mais da metade das Prescrições de Enfermagem estava de acordo com a classificação do grau de dependência do cliente utilizada nas Unidades de Internação, qual seja: tipo 1 – grau de dependência total, tipo 2 – grau de dependência parcial e tipo 3 – independente.

Recomenda-se que as ações de rotina, ou seja, aqueles cuidados contidos na Prescrição de Enfermagem, sejam estabelecidas como padrões mínimos de Cuidados de Enfermagem para as Unidades de Internação, que necessariamente não precisam estar prescritos nos formulários padronizados, devendo apenas constar no Manual de normas e rotinas da SAE.

Desta forma, esse tipo de Prescrição que também pode ser denominado de “prescrição de enfermagem relacionada aos padrões mínimos de enfermagem”, cujos cuidados estão ligados aos diagnósticos padronizados ou às unidades que atendem a uma determinada especialidade médica, deve ser substituído por impressos contendo prescrições ou programas computadorizados que sugerem a padronização dos cuidados nos serviços de Enfermagem (INSTITUTO EDUCACIONAL SÃO PAULO, 2003).

Essa deficiência na reavaliação do cliente e da Prescrição de Enfermagem contribuiu para a mecanização dessa etapa da metodologia, como também para a descaracterização do processo, enquanto uma ferramenta dinâmica e interativa.

Outro estudo (ROSSI, 1997) também constatou que a elaboração da Prescrição de Enfermagem pelo enfermeiro não estava vinculada a uma avaliação anterior do cliente, sendo essa etapa caracterizada pelo cumprimento de uma rotina.

As Prescrições de Enfermagem são ações realizadas pelo enfermeiro, visando ao monitoramento do estado de saúde, a fim de minimizar os riscos, resolver ou controlar um diagnóstico de enfermagem, auxiliar nas atividades de vida diária e promover a saúde. O enfermeiro, ao colocar em prática as prescrições de enfermagem, deverá estar constantemente investigando e reinvestigando tanto as respostas do cliente quanto seu próprio desempenho, pois o ser humano é imprevisível e precisa ser monitorado cuidadosamente (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Sentone (2005) avaliou a qualidade da elaboração da Prescrição de Enfermagem em uma unidade de cuidados intermediários neonatais e encontrou problemas referentes à atuação e conhecimento do enfermeiro no desenvolvimento dessa atividade específica.

Embora a análise dos prontuários evidencie o resultado quantitativo positivo, há que se considerar também a análise qualitativa da execução da Prescrição pelos enfermeiros. A realização desta pelo mesmo enfermeiro que coleta os dados por meio do Histórico de Enfermagem permite a identificação dos problemas e o planejamento dos cuidados ao cliente. Esse resultado possibilita o direcionamento da referida Prescrição, enquanto etapa da SAE e para sua organização de forma dinâmica e contínua, retroalimentando as etapas que se complementam nessa metodologia.

Em suma, analisando-se a Prescrição de Enfermagem da instituição, considerou-se que esta se constitui um roteiro semanal e padronizado de cuidados decorrentes de “rotinas”, ou seja, ações cotidianas da Enfermagem e que atendem principalmente às necessidades psicobiológicas dos clientes.

4.3 A ETAPA DA EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

A Evolução de Enfermagem, por sua vez, é o registro realizado após a avaliação do estado geral do paciente, com o objetivo de nortear o planejamento da assistência a ser prestada e informar o resultado das condutas de enfermagem implementadas (BAPTISTA et al., 2001).

Tabela 6 – Distribuição das condições gerais de preenchimento do formulário de “Evolução de Enfermagem” nas Unidades de Reabilitação, Cuidados Paliativos, Coagulopatia e Onco-hematologia Pediátrica de um hospital público do Distrito Federal – Brasília – 2006/2007

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	UNIDADES DE INTERNAÇÃO											
	UR (N = 25)			UCP (N = 25)			UC (N = 26)			UOHP (N = 64)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evolução de Enfermagem Padronizada	18	72,0	-	-	-	-	-	-	-	-	47	73,4
Evolução de Enfermagem Descritiva	*74	*74,0	58	58,0	*40	*40,0	*40	*40,0	*47	*47,0	*47	*29,0
Assinatura e COREN na primeira Evolução de Enfermagem	7	28,0	48	48,0	5	19,2	40	62,5				

Onde: N - número total de prontuários; n - número total de formulários de Evolução de Enfermagem Padronizada; % - porcentagem;

* = foram analisadas 100 Evoluções de Enfermagem Descritivas para as Unidades de Reabilitação, Cuidados Paliativos e Coagulopatia e 162 para a Unidade de Onco-hematologia Pediátrica.

Há duas formas para a realização da Evolução de Enfermagem nas Unidades de Internação: a Evolução em formulário padronizado e a Evolução Descritiva em ficha de evolução multidisciplinar. Ambas têm sido usadas na UR e na UOHP. Na UCP e na UC, tem sido adotada pelos enfermeiros apenas a Evolução Descritiva.

No geral, identificou-se na Tabela 6 uma maior frequência de realização da Evolução de Enfermagem Descritiva nas Unidades de Internação, especialmente na UR (74,0%). A UOHP e a UC apresentaram, por sua vez, um menor número (29,0% e 40,0%) desse tipo de procedimento de Enfermagem. Tal resultado indica uma maior necessidade de se reorientar os enfermeiros dessas Unidades para a execução da referida etapa. Esta situação também pode estar relacionada com a alta rotatividade da clientela atendida na UC e na UOHP. Os dados evidenciaram também que o roteiro padronizado para a Evolução de Enfermagem contribui para a execução dessa etapa, quando comparado à Evolução de Enfermagem de forma descritiva, uma vez que esses formulários servem como guia para a avaliação do cliente.

A execução da Evolução Padronizada apresentou um maior percentual na UOHP (72,0%), seguida pelo da UR (72,0%).

Os resultados encontrados na UC possibilitam afirmar-se que as Evoluções de Enfermagem também têm sido realizadas sem a coleta e análise de dados da primeira etapa da SAE, ou seja, o Histórico de Enfermagem, o que contribui para a desarticulação entre as fases que compõem essa metodologia de organização da Assistência de Enfermagem.

Na UCP, a Evolução de Enfermagem Semanal e Descritiva foi realizada em mais da metade dos prontuários analisados, indicando que é necessário um maior desempenho dos enfermeiros para o cumprimento dessa etapa da SAE. Destaca-se, no entanto, que, na análise quantitativa das Evoluções de Enfermagem, foi considerada apenas a frequência desses registros na amostra de prontuários pesquisados, não se aprofundando a avaliação qualitativa.

O resultado apresentado anteriormente se aproxima de outro estudo (NODA, 1992) que pesquisou o PE na Assistência à criança hospitalizada, entre as enfermeiras de hospitais do município de São Paulo, verificando-se que 30,7% das enfermeiras aplicavam apenas uma etapa, 21,4% executavam a Prescrição e Evolução e 14,5%, o Histórico, a Prescrição e a Evolução de Enfermagem.

Quanto à análise do item “assinatura e registro profissional nas Evoluções”, este estudo confirmou a pouca realização de tais registros pelos enfermeiros da UR, da UCP e da UC, sendo que a UOHP foi a que apresentou o maior número deles.

Tabela 7 – Distribuição do impresso e situação de preenchimento por subcategorias de Necessidades Humanas Básicas do formulário “Evolução de Enfermagem Padronizada” na Unidade de Reabilitação de um hospital público do Distrito Federal – Brasília – 2006/2007

	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM PADRONIZADA				UNIDADE DE INTERNAÇÃO			
	TOTALMENTE PREENCHIDO		PARCIALMENTE PREENCHIDO		TOTALMENTE PREENCHIDO		NÃO PREENCHIDO	
NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	n	%	n	%	n	%	n	%
UR (N = 25)								
Percepção, Orientação e Atenção	18	72,0	-	-	7	28,0		
Estado geral do Cliente	17	68,0	-	-	8	32,0		
Nutrição	17	68,0	-	-	8	32,0		
Queixas do cliente	15	60,0	-	-	10	40,0		
Regulação térmica, Oxigenação e Circulação	15	60,0	2	8,0	8	32,0		
Exame abdominal	15	60,0	1	4,0	9	36,0		
Atividade física e Percepção Sensorial	15	60,0	2	8,0	8	32,0		
Exame da Genitalia	14	56,0	-	-	11	44,0		
Hidratação e Restrição Hídrica	14	56,0	4	16,0	7	28,0		
Terapêutica, Participação, Aprendizagem e Exercício	10	40,0	3	12,0	12	48,0		
Integridade cutâneo-mucosa, Lesões e Protocolo de Feridas	10	40,0	7	28,0	8	32,0		
Sexualidade, Auto-imagem e Auto-estima	7	28,0	-	-	18	72,0		
Eliminação intestinal e Manobras para reeducação	6	24,0	11	44,0	8	32,0		
Lazer, Recreação e Religião	-	-	12	48,0	13	52,0		

Onde: N - número total de prontuários; n - número total de formulários de Evolução de Enfermagem Padronizada; % - porcentagem

Na Evolução Padronizada da UR, constatou-se que os enfermeiros valorizam e observam mais frequentemente as alterações relacionadas com as seguintes NHBs e itens: percepção, orientação e atenção, estado geral, nutrição, queixas do cliente, regulação térmica, oxigenação e circulação, exame abdominal, atividade física e percepção sensorial, exame da genitália, hidratação e restrição hídrica.

Os resultados da Evolução de Enfermagem Padronizada também revelam um maior enfoque dos enfermeiros nos registros e avaliação dos dados relativos às necessidades biológicas, valorizando o preenchimento dos dados de forma geral, sem aprofundar na avaliação individualizada e detalhada do cliente, desconsiderando outras dimensões do cuidado. Embora se perceba o preenchimento da maioria dos itens e subcategorias de necessidades da Evolução de Enfermagem Padronizada na UR, é importante considerar que esses dados devem facilitar a identificação e solução dos diagnósticos, além de possibilitar a avaliação da assistência de enfermagem prestada ao cliente.

Os dados das NHBs identificados como incompletos e não preenchidos no formulário de Evolução de Enfermagem Padronizada da UR foram: lazer, recreação e religião, eliminação intestinal e manobras para reeducação, sexualidade, auto-imagem e auto-estima, terapêutica, participação, aprendizagem e exercício.

Esse resultado evidencia a pouca preocupação dos enfermeiros com o registro de alterações voltadas para as necessidades psicossociais dos clientes da UR, pois as Evoluções de Enfermagem identificadas nos prontuários não continham tais dados preenchidos. Isto pode estar relacionado às dificuldades de avaliação dos dados psicológicos e sociais do cliente, como também à atuação direta e contínua de outros profissionais (psicólogo e assistente social) no cuidado ao cliente hospitalizado.

No entanto, identificou-se um estudo (DIAS, 1998) que fez tal análise nas Evoluções de Enfermagem, segundo o referencial teórico de Horta, verificando que houve 84,67% de registros na área psicobiológica; 6,11% na área psicossocial; e 0,12% na área psíquicoespiritual.

Para Cianciarulo et al. (2001), toda Evolução de Enfermagem deve conter identificação de problemas, resposta do paciente aos cuidados de enfermagem prestados e resolução dos problemas abordados. Desta forma, consideramos que a Evolução de Enfermagem Padronizada aplicada na UR, embora contribua para a

identificação de alterações das NHBs, não permite avaliar os cuidados e as intervenções de enfermagem nos diagnósticos dos clientes.

Horta (1979) comenta que a Evolução de Enfermagem é uma avaliação global da Prescrição implementada. Na análise da Evolução Padronizada realizada neste estudo, percebe-se, porém, a ausência de um item que possa considerar a avaliação da Prescrição de Enfermagem. Para a Evolução de Enfermagem Descritiva não foram analisados os conteúdos, ou seja, a qualidade das anotações, o que de certa forma impossibilitou a discussão de sua utilização nas Unidades de Internação.

4.3.1 Anotação de enfermagem

A finalidade da Anotação de Enfermagem é fornecer informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da Equipe de Saúde e garantir a continuidade das informações nas 24 horas, o que é indispensável para a compreensão do paciente de modo global (GONÇALVES, 2001).

Tabela 8 – Distribuição das condições gerais de preenchimento do formulário de “Anotação de Enfermagem” nas Unidades de Reabilitação, Cuidados Paliativos e Onco-hematologia Pediátrica de um hospital público do Distrito Federal – Brasília – 2006/2007

ITENS DE ANÁLISE	CONDIÇÃO DE PREENCHIMENTO											
	TOTALMENTE				PARCIALMENTE				NÃO			
	UR	UCP	UOHP	UR	UCP	UOHP	UR	UCP	UOHP	UR	UCP	UOHP
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Sinais vitais	-	-	-	3,0	18,0	7,0	97,0	82,0	93,0			
Banho de aspersão	22,0	21,0	-	53,0	65,0	57,0	25,0	14,0	43,0			
Higiene oral	-	-	-	49,0	73,0	64,0	51,0	27,0	36			
Refeições	1,0	1,0	-	60,0	83,0	71,0	39,0	16,0	29,0			
Eliminações intestinais	1,0	1,0	-	68,0	83,0	79,0	31,0	16,0	21,0			
Eliminações urinárias	1,0	1,0	-	41,0	82,0	71,0	58,0	17,0	29,0			
Mudança de decúbito	1,0	-	-	47,0	49,0	-	52,0	51,0	-			
Supervisão da mobilidade no leito	1,0	-	-	16,0	-	-	83,0	-	-			
Observação de vômitos	-	-	-	-	-	79,0	-	-	21,0			
Verificação de pH urinário	-	-	-	-	-	93,0	-	-	7,0			

Onde: N - número total de prontuários; n - número total de formulários de Anotação de Enfermagem nos prontuários das Unidades; % - porcentagem; UR - Unidade de Reabilitação; UCP - Unidade de Cuidados Paliativos; UOHP - Unidade de Onco-hematologia Pediátrica

Na Tabela 8, mostrou-se que a grande parte das anotações de enfermagem nas três Unidades de Internação apresentou-se incompleta ou não foi realizada. As anotações são importantes para fornecer subsídios e dados para o planejamento, a reavaliação e a revisão da assistência. Essa situação evidencia mais uma vez a deficiência no cumprimento das etapas da SAE pelos componentes da Enfermagem, demonstrando também pouco investimento desses elementos na implementação de tal metodologia, uma vez que as anotações complementam as outras etapas dessa metodologia e auxiliam toda a Equipe na avaliação e acompanhamento do cliente.

Em um estudo realizado nas Unidades de Clínica Médica, em seis hospitais de ensino e universitários, foi observado que, em quatro dessas Unidades, as anotações de enfermagem em prontuários eram incompletas, o que tornava frágeis os documentos em questão, tanto para a avaliação da qualidade do processo assistencial, como para os aspectos ético e jurídico que envolve a profissão (D'INNOCENZO; ADAMI, 2004).

Ochoa-Vigo, Pace e Santos (2003) descreveram que um dos fatores que poderia explicar a desmotivação dos auxiliares em realizar os registros de enfermagem seria a falta de troca de informações sobre o cliente entre o enfermeiro e os outros membros. Tais autores afirmam também ser necessário que o enfermeiro envolva os auxiliares e técnicos de enfermagem na aplicação do PE, para que haja uma melhor compreensão desse método, enquanto trabalho conjunto, já que todos compõem uma equipe e cada um desses profissionais tem seu grau de participação na sequência de cuidados ao cliente.

Nas três Unidades de Internação (UR, UCP e UOHP), percebeu-se a ausência do preenchimento dos cuidados relativos à verificação dos sinais vitais e preenchimento incompleto dos cuidados relacionados ao banho de aspersão, refeições e eliminações intestinais. Na UR, identificou-se também a não-verificação dos cuidados prescritos quanto à supervisão da mobilidade no leito, eliminações urinárias, higiene oral e mudança de decúbito. Na UCP, os cuidados referentes às refeições, eliminações urinárias e higiene oral foram parcialmente anotados, sendo que a mudança de decúbito apresentou ausência de preenchimento. Já na UOHP, a maioria dos cuidados prescritos pelos enfermeiros foi parcialmente checada pela Equipe de Enfermagem.

A anotação dos sinais vitais deve ser realizada no impresso, pois estes são parâmetros que demonstram alteração da necessidade de circulação, oxigenação, regulação térmica e do estado geral do cliente. A ausência desses registros, convém ressaltar, inviabiliza o reconhecimento de anormalidades na pressão arterial, na temperatura, no pulso e na respiração. O registro das eliminações intestinais permite acompanhar o funcionamento, o ritmo intestinal e a identificação de alterações como constipação, diarreia e incontinência. A checagem da supervisão e mobilidade no leito garante o posicionamento e orientação adequada ao cliente e família, assim como previne as alterações circulatórias e úlceras por pressão nos clientes.

Sendo assim, é possível afirmar que a ausência das anotações no formulário de Prescrição de Enfermagem não possibilita a avaliação da assistência implementada e nem o acompanhamento da evolução. Tampouco possibilita o alcance de resultados para o restabelecimento da saúde do cliente.

Outro estudo (OGUISSO, 1975) também mostra que as atividades de cuidados de higiene, reações à medicação, alimentação, eliminação, modificações no estado geral e outros de rotina, não vêm sendo objeto de anotação sistemática e adequada em prontuário pelos profissionais de Enfermagem.

Identificou-se também o registro de prescrições e anotações relacionadas apenas aos cuidados biológicos, principalmente aqueles direcionados para as ações e intervenções com o corpo físico, de forma padronizada, rotineira e não individualizada. Esses dados demonstram a fragmentação do cuidado ao cliente, uma vez que outras esferas desse cuidado não foram consideradas na elaboração da prescrição e no registro das anotações de enfermagem.

A ausência de checagem dos cuidados no formulário de Prescrição de Enfermagem pode estar relacionada com a automatização e execução diária dos cuidados pelo auxiliar de Enfermagem, independente da prescrição ou do planejamento da Assistência de Enfermagem, e também com a falta de correspondência entre as necessidades dos clientes e as ações prescritas pelos enfermeiros.

A não-realização dos cuidados prescritos pelos enfermeiros ou a ausência das anotações na Prescrição pela Equipe de Enfermagem podem ter implicação jurídico-legal com relação ao fornecimento de cuidados de enfermagem aos clientes, assim como podem desqualificar o padrão de qualidade da assistência prestada, interferindo, inclusive, na dinâmica das outras etapas da SAE.

A anotação de enfermagem, quando realizada de maneira adequada e correta, retrata, além do respaldo legal, também a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente, sendo imprescindível para a implantação efetiva da SAE nas Instituições de Saúde, uma vez que os registros são de fundamental importância para o enfermeiro no planejamento da Assistência, no acompanhamento da Evolução e na avaliação dos cuidados prestados ao cliente (ITO et al., 2004).

É sempre bom lembrar que, do ponto de vista ético-legal, informação não registrada é informação perdida (DANIEL, 1981) e cuidado não documentado é cuidado não implementado (POTTER; PERRY, 1999).

Complementando a importância da Anotação de Enfermagem no desenvolvimento da SAE, Ito et al. (2004) afirmam que esses registros são fontes de informação para a elaboração da Evolução e, por conseguinte, da Prescrição. Isso porque, assegurada a continuidade, tais registros contribuem para a identificação das alterações de estado e condições do paciente, facilitando a detecção de novos problemas e a avaliação dos cuidados prescritos pelo enfermeiro e comparando as respostas apresentadas aos cuidados prestados ao paciente.

Embora os resultados apresentados na Tabela 8 tenham retratado o registro incompleto das ações que são desenvolvidas pela Equipe de Enfermagem das Unidades de Internação, há que se investigar melhor os motivos que inviabilizam essas anotações, buscando-se compreendê-los, e adequar essas necessidades ao processo de implementação da SAE no cenário analisado.

A ausência de anotações de enfermagem na Prescrição pode estar relacionada a diversos fatores, tais como: o excesso de atividades desempenhadas pelos profissionais de Enfermagem nos diversos períodos, a execução rotineira e mecânica dos cuidados de enfermagem desenvolvidos na Unidade, a falta de adequação do formulário ao padrão de assistência e à demanda das reais necessidades de anotações de enfermagem, o pouco envolvimento da Equipe nos registros de Enfermagem e as implicações legais estabelecidas pelos órgãos de classe da Categoria.

D’Innocenzo e Adami (2004) e Lima, Martins e Furtado (2006) descreveram, em seu estudo, as dificuldades da implementação da SAE, apontando, como uma delas, a resistência dos auxiliares em executar e checar as Prescrições de Enfermagem.

Em clientes oncológicos, as anotações de enfermagem referentes à alimentação permitiram identificar diagnósticos de enfermagem relacionados com a classe da nutrição. As anotações dos sinais vitais possibilitam a identificação de diagnósticos das classes que envolvem as respostas cardiovasculares/pulmonares.

Em relação à higiene, as anotações facilitam a constatação de problemas na classe da consciência e controle da saúde, imagem corporal, auto-estima, infecção e conforto físico. As anotações na área das eliminações, por sua vez, viabilizam diagnosticar alterações nas classes do sistema urinário e gastrintestinal. Os registros relacionados com a mudança de decúbito colaboram na formulação de diagnósticos da classe de atividade e exercício.

Os dados encontrados corroboram a literatura, pois um estudo documental (MATSUDA; CARVALHO; ÉVORA, 2005), realizado por meio da análise retrospectiva das evoluções de enfermagem, para investigar a frequência das anotações e os tipos de informações registrados por profissionais de Enfermagem de um hospital-escola, constatou que houve períodos de até 24 horas sem que nenhum registro fosse efetuado, nem por enfermeiros nem por auxiliares de enfermagem, e, dos que foram feitos, a maioria não obedecia a uma sequência lógica, sendo as informações incompletas e pouco objetivas.

Diversos estudos são encontrados na literatura (DALRI; ROSSI; CARVALHO, 1999; LOURENÇO et al., 2000; JOHANSON et al., 2002; PÁDUA, 2002) sobre a qualidade das anotações de enfermagem em prontuários. Os resultados demonstram ausência de registros de avaliação pela Enfermagem, registros insignificantes, repetitivos e não abrangentes, ausência de sistematização das anotações para o Processo de Enfermagem, registro de cuidados de enfermagem que não atendem às necessidades apresentadas pelos pacientes, baixo índice de registro e desvalorização da própria Equipe de Enfermagem em relação às anotações de enfermagem.

Em relação à quantidade de anotações realizadas, alguns estudos (RIBEIRO, 1972; ANGERAMI; MENDES; PEDRAZZANI, 1976; FAVERO, 1979; FAVERO; TREVISAN; MENDES, 1980; GALERA; CAPELARI; BARROS, 1991) apontam para a ausência ou pouca anotação do enfermeiro nos prontuários.

Entretanto, há que se lembrar que, no âmbito da avaliação da qualidade do cuidado, os registros consistem em um dos importantes indicadores de qualidade (KITSON, 1986; MARTIN, 1994). Desta forma, deve-se considerar que não só a frequência ou quantidade desses registros indica a efetividade do cuidado de enfermagem prestado ao cliente, mas também a qualidade com que esses registros são realizados durante a documentação da Assistência de Enfermagem. Neste caso, acredita-se que os registros ou checagem dos cuidados na Prescrição, pelo auxiliar de enfermagem da UCP e UR, não possibilitam uma análise qualitativa, uma vez que o formulário não tem espaço para complementação e descrição dos cuidados e observações de enfermagem.

Por isso, confirma-se que os registros analisados na etapa da Anotação de Enfermagem e nas Unidades de Internação não refletem de fato a atuação dos profissionais envolvidos e nem tampouco a assistência dispensada, uma vez que o elevado grau de dependência dos clientes neurológicos e a alta demanda e gravidade dos clientes oncológicos exigem uma avaliação muito mais aprofundada dessas informações contidas nos prontuários e formulários da SAE.

Com relação às Anotações de Enfermagem na UOHP, identificou-se que nenhuma das intervenções prescritas pelos enfermeiros apresentava-se totalmente preenchida com anotações e assinatura da Equipe de Enfermagem. Essa dificuldade compromete as etapas da Prescrição e da Evolução de Enfermagem, uma vez que a presença dos registros permite a identificação de problemas e fornecem dados para a avaliação do cliente. Ressalta-se, principalmente, que, das intervenções prescritas, as que apresentaram maior ausência de registro por parte do auxiliar de enfermagem foram as anotações referentes aos sinais vitais dos clientes.

Os dados demonstram que a Equipe de Enfermagem tem se preocupado principalmente com as anotações e registros referentes aos resultados do teste de pH urinário, presença/ausência de evacuação, de vômitos, de diurese e da aceitação das dietas pelos clientes.

A elevada frequência de registros e anotações relacionadas com a presença de vômitos, diurese e evacuação corresponde aos estudos do autocuidado universal de Rodrigues (2006) em crianças/adolescentes com câncer, em que 60% dessa clientela apresentaram déficit relacionado com alimentação/hidratação e com presença de vômitos, e 50% apresentaram déficit de eliminação relacionado com a

diarréia, o que, de certa forma, corrobora e justifica os resultados acima apresentados para este estudo na referida unidade.

Tanto as intervenções quanto as anotações de enfermagem refletem o método de Assistência de Enfermagem voltado para o atendimento às necessidades psicobiológicas e das subcategorias de NHBs de regulação vascular, regulação térmica, higiene, nutrição, eliminação e terapêutica dos clientes assistidos na UOHP.

4.3 A CONSULTA DE ENFERMAGEM

A Tabela 9 mostra os dados de análise da Consulta de Enfermagem na UOHP.

Tabela 9 – Preenchimento da Consulta de Enfermagem na Unidade de Onco-hematologia Pediátrica de um hospital público do Distrito Federal – Brasília – 2006/2007

ITENS DE ANÁLISE N = 14	TOTALMENTE PREENCHIDO		NÃO PREENCHIDO	
	n	%	n	%
Dados apresentam investigação sobre o conhecimento dos pais em relação ao diagnóstico do cliente	12	86,0	2	14,0
Dados apresentam investigação sobre o conhecimento dos pais a respeito dos cuidados com o cliente durante o tratamento quimioterápico	13	93,0	1	7,0
Dados destacam problemas ou Diagnósticos de Enfermagem	1	7,0	13	93,0
Dados apresentam Intervenções de Enfermagem (orientações e encaminhamentos)	11	79,0	3	21,0

Com relação à Consulta de Enfermagem na UOHP, foram identificados apenas 14 (22%) de um total de 64 prontuários com registro dessa etapa, uma vez que tal atividade tem sido desempenhada apenas na primeira consulta médica de clientes com diagnóstico oncológico recente. Quanto às Consultas de Enfermagem, a Tabela 9 apresenta os resultados dos itens de análise dessa etapa nos prontuários que continham o seu registro.

Pode-se identificar a presença maior de registro dos seguintes dados nos prontuários: investigação sobre o conhecimento dos pais a respeito dos cuidados com o cliente durante o tratamento quimioterápico, investigação sobre o conhecimento dos pais em relação ao diagnóstico do cliente e presença de intervenções de enfermagem na Consulta de Enfermagem.

Os registros relacionados com os problemas ou diagnósticos de enfermagem na Consulta de Enfermagem dos clientes da UOHP apresentaram baixo percentual de preenchimento. Esse resultado evidencia dificuldade dos enfermeiros em estabelecer os diagnósticos apresentados pelos clientes durante a Consulta de Enfermagem. A deficiência no registro dos problemas ou diagnósticos contribui para o não-atendimento das necessidades dos clientes e para a falta de direcionamento do enfermeiro quanto à prescrição de intervenções que possam orientar o cuidado ao cliente, à família e à própria Equipe de Enfermagem.

Embora os registros de problemas ou diagnósticos de enfermagem não estejam presentes nos impressos de evolução multidisciplinar utilizado para a Consulta de Enfermagem, observa-se a preocupação dos enfermeiros da UOHP em orientar e encaminhar os clientes e familiares para outros profissionais da Equipe (psicólogo, nutricionista e assistente social), na tentativa de resolver os problemas identificados durante o atendimento de enfermagem ao cliente e à família na primeira Consulta Médica.

O roteiro utilizado pelos enfermeiros para a execução da Consulta de Enfermagem na UOHP está mais centrado no diagnóstico médico e no tratamento da doença dos clientes assistidos nessa Unidade. Tal situação reflete a ausência de um modelo teórico ou conceitual que possa sustentar a metodologia de assistência e direcionar o cuidado ao cliente e à sua família. Pode-se constatar também que esse roteiro estabelecido para a consulta possibilita o levantamento de dados relacionados com a categoria “necessidades psicobiológicas e psicossociais” e as subcategorias NHBs “terapêutica”, “comunicação”, “aprendizagem”, “aceitação” e “participação”.

Desta forma, concordamos com Nóbrega e Silva (2009), quando estes observam que na prática a coleta de dados do enfermeiro tem por base os modelos biomédicos, dificultando, assim, o processo de raciocínio diagnóstico, pois os profissionais coletam dados que diagnosticam patologias e não respostas ou necessidades específicas do processo vital ou de problemas de saúde do indivíduo.

Isso se deve à incapacidade de o enfermeiro estabelecer a relação entre os dados coletados com o cliente e o que realmente é um problema de enfermagem.

Esse modelo de assistência ao cliente e à sua família durante a Consulta de Enfermagem não possibilita o atendimento das necessidades globais dessa clientela. Desta forma, Silva e Aguillar (2001) enfatizam que a assistência ao tratamento oncológico na maioria das Instituições de Saúde não tem sido realizada de forma integral, uma vez que vem sendo feita visando a atender à resolução imediata dos problemas de enfermagem apresentados pelos indivíduos. Isto se dá pela inexistência da sistematização das ações de cuidados e orientações aos clientes e familiares, acarretando, assim, o comprometimento da assistência oferecida.

Com relação à implantação das etapas da SAE nas Unidades de Internação, os dados indicam que a UR apresentou o maior número de etapas implementadas e executadas pelos enfermeiros na unidade hospitalar em estudo.

Na UC, as etapas da SAE têm sido pouco executadas pelos enfermeiros, lembrando que nessa Unidade não existem formulários específicos e padronizados para a coleta de dados e entrevista com os clientes, identificação de problemas ou diagnósticos e evolução, necessitando assim de uma maior sensibilização dos enfermeiros com relação à metodologia. Não existe também um instrumento de coleta de dados baseado em um modelo conceitual ou Teoria de Enfermagem e direcionado para a clientela dessa Unidade e que possa contribuir para as etapas seguintes da SAE, como Diagnóstico, Prescrição e Evolução de Enfermagem.

Percebe-se que o Histórico, a Prescrição, e a Evolução de Enfermagem são as etapas mais valorizadas pelos enfermeiros das quatro Unidades de Internação, uma vez que os dados indicam um maior percentual de utilização dos formulários que correspondem a essas etapas da SAE.



5 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Foram entrevistados quinze (15) sujeitos pertencentes ao quadro de enfermeiros da Unidade. Para que se tenha uma visão clara da composição desta amostra serão apresentadas as variáveis consideradas para análise dos dados.

Tabela 10 – Caracterização da população estudada dos enfermeiros entrevistados de um hospital público da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília – DF – 2009

CARACTERÍSTICAS	UNIDADES DE INTERNAÇÃO				
	UR	UCP	UC	UOHP	*TODAS
Idade em anos					
25-30	-	1	-	-	-
31-35	1	1	-	1	-
36-40	2	-	-	1	1
41-45	1	-	-	-	1
46-50	-	1	1	-	1
51-55	-	-	-	1	1
Sexo					
Masculino	-	-	1	1	1
Feminino	4	3	-	2	2
Escolaridade máxima					
Graduação	-	1	1	1	-
Especialização	3	2	-	2	3
Mestrado	1	-	-	-	1

* - número de enfermeiros que atuam em todas as Unidades de Internação.

Quanto à idade cronológica, a maioria dos enfermeiros encontra-se na faixa etária de 31 a 40 anos, sendo que o mais jovem tem 26 anos e o mais velho, 53.

No que se refere à escolaridade máxima, observa-se que, dos 15 enfermeiros entrevistados, apenas três (20,0%) não possuem Curso de Pós-Graduação.

Em relação ao sexo, a maioria dos enfermeiros é do sexo feminino.

Na operação de leitura do corpus, o Programa Alceste reconheceu a separação do corpus em 15 unidades de contexto inicial (UCI), as quais correspondem ao quantitativo de entrevistas e de sujeitos do estudo. Em seguida, na operação de cálculo do dicionário, foram encontradas 4.195 palavras diferentes, 6.491 palavras com número de ocorrências e com frequência média de palavras diferentes igual a 12. Ainda nesta etapa, o Programa permitiu a identificação de 1.973 palavras com frequência igual a um, indicando alto valor de heterogeneidade do vocabulário empregado pelos textos que compõem o corpus.

Quanto à etapa de operação de seleção das unidades de contexto elementar (UCE), após a redução das palavras às suas raízes, obtiveram-se 804 palavras analisáveis, com frequência igual ou superior a 4.268 palavras-instrumento e 31 palavras variáveis com asterisco. As 804 palavras analisáveis ocorreram 21.253 vezes.

O corpus foi dividido, pelo software, em 1.202 UCE. Destas UCEs, 986 foram selecionadas para a análise, representando 82,03% de aproveitamento do material exposto para análise. Essas 986 UCEs foram designadas numa mesma classe em duas classificações descendentes e dois sub-corpus que utilizaram UCE com tamanhos diferentes. O primeiro sub-corpus gerou 449 UCEs e as classes 1 e 4, e o segundo gerou 537 UCEs e as classes 2 e 3. A Tabela 11 ilustra a descrição das classes.

Tabela 11 – Distribuição das classes, UCE, palavras consideradas e percentual das Classes 1, 2, 3 e 4 geradas pelo Alceste. Brasília - 2009

CLASSES	UCE	PALAVRAS CONSIDERADAS	%
1	259	145	26,27
2	449	194	45,54
3	88	140	8,92
4	190	178	19,27

A partir da Tabela 11, constata-se que o maior predomínio textual encontra-se na classe 2, com 45,54% das UCEs classificadas, seguida pela classe 1, com 26,27%. O menor predomínio encontra-se na classe 4, com 19,27%, e na classe 3, com 8,92%.

Nessa operação, o Programa gerou uma lista de formas reduzidas associadas a cada classe. As palavras contidas em cada classe podem ser consideradas os elementos mais importantes, conforme o duplo critério já explicitado para descrever cada classe.

Na Figura 4, é apresentado o dendograma com os títulos dos eixos e das classes, juntamente com as palavras destacadas, seus respectivos valores e X^2 , que corresponde ao poder de associação das palavras que foram mais expressivas para compor as classes e suas porcentagens no interior do corpus.

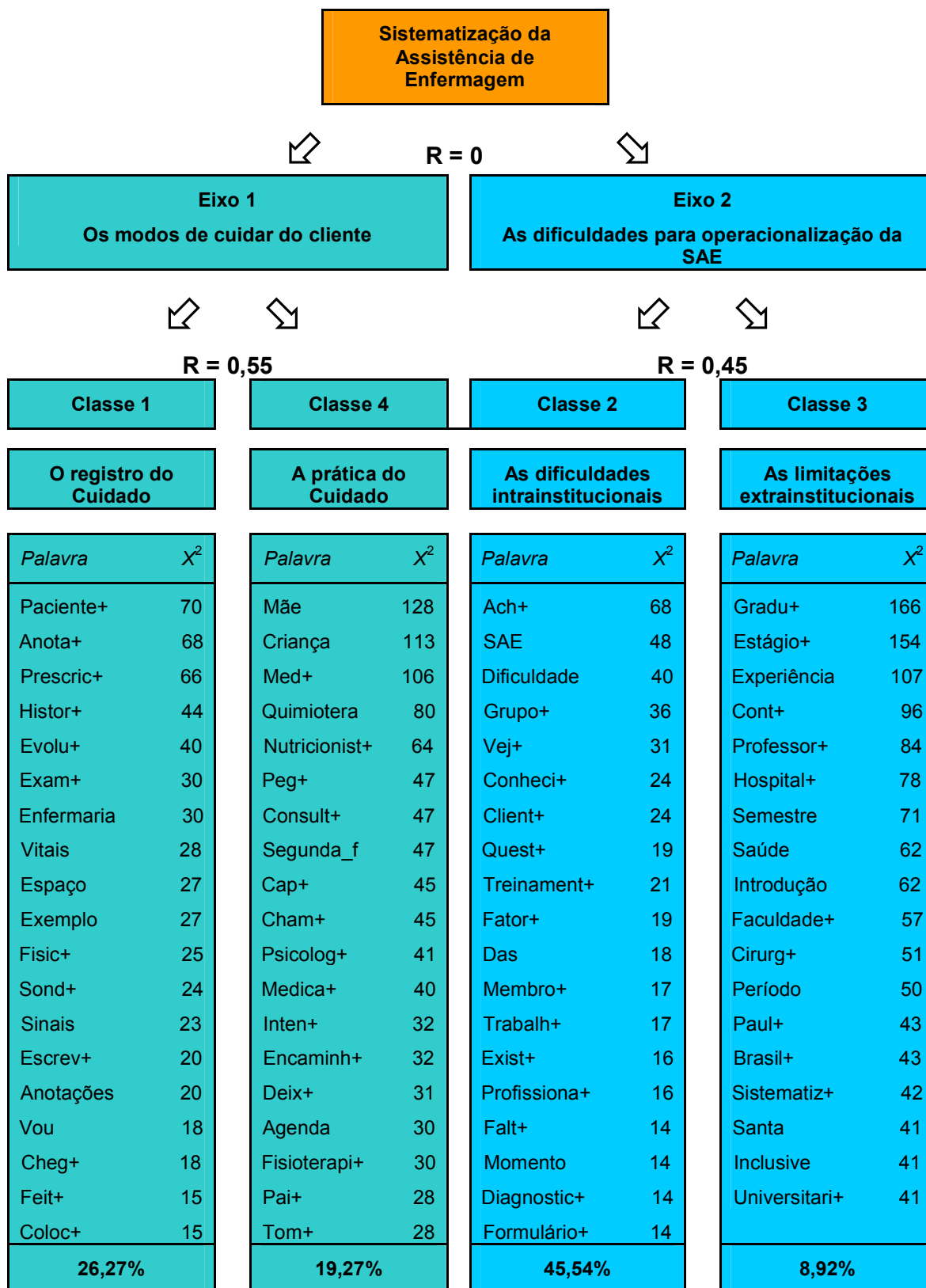


Figura 4 – Resultado da análise fornecida pelo Alceste, demonstrando dois eixos subdivididos em 4 classes e suas percentagens no interior do corpus

Na estrutura do corpus analisada pelo Alceste, foram reconhecidos dois eixos temáticos. O primeiro evidencia os modos de cuidar do cliente. Ele é composto pela classe 1, denominada “O Registro do Cuidado”, e pela classe 4, que evidencia a prática do Cuidado.

O segundo eixo temático foi denominado “As Dificuldades para Operacionalização da SAE”. Este eixo é constituído pelas classes 2 e 3. A classe 2 contempla as Dificuldades Intrainstitucionais para desenvolver a SAE, e a classe 3 centra as Limitações Extrainstitucionais para implementação da SAE.

5.1 EIXO 1 – OS MODOS DE CUIDAR DO CLIENTE

O eixo 1 traz as Representações Sociais dos modos de cuidar do cliente e, na classe 1, denominada “O Registro do Cuidado”, ressalta-se sobretudo a importância da SAE como um instrumento do registro das ações de Enfermagem.

5.1.1 Classe 1 – O Registro do Cuidado

Os resultados gerados pelo Programa Alceste (Tabela 12) informam quais as palavras que possuem maior X^2 , ou seja, maior associação estatística à classe, bem como as UCEs que mais contribuíram para a formação dessas palavras.

Tabela 12 – Formas reduzidas e contexto semântico com maior grau de associação à classe 1 – O Registro do Cuidado

FORMAS/PALAVRAS	χ^2	CONTEXTO SEMÂNTICO
Paciente	70	Paciente, pacientes
Anota+	68	Anota, anotação, anotada, anotam, anotar, anotava, anotávamos, anotem, anoto, anotou
Prescriç+	66	Prescrição, prescrições
Histor+	44	História, histórico
Evolu+	40	Evolução, evoluía, evoluir, evoluiu, evoluo
Exam+	30	Exame, exames
Enfermaria	30	Enfermaria, enfermarias
Vitais	28	Vitais
Espaço+	27	Espaço, espaços
Exemplo	27	Exemplo
Fisic+	25	Física, físico
Sond+	24	Sonda, sondagem, sondas
Sinais	23	Sinais
Escrev+	20	Escreve, escrevem, escrever, escreveram, escreveu, escrevia, escrevíamos
Anotações	20	Anotações
Vou	18	Vou
Cheg+	18	Chega, chegam, chegando, chegar, chegava, chego
Feit+	15	Feita, feitas, feito
Coloc+	15	Coloca, colocada, colocam, colocando, colocar, colocassem, coloco, colocou

As formas reduzidas e os contextos semânticos apresentados foram aqueles relacionados à classe 1. Da totalidade das palavras explicitadas pelo software, foram escolhidas aquelas que possuem maior χ^2 , representando, dessa maneira, o conteúdo presente na classe.

As palavras que o Alceste agrupou para essa classe expressam conceitos que dão sustentação ao objeto do cuidado de enfermagem e à documentação das etapas da SAE, com as seguintes palavras de significado χ^2 : paciente, anotação, prescrição, histórico, evolução, exame, físico e escrever, que correspondem ao sujeito do cuidado e aos instrumentos de registro das referidas etapas.

Tal classe contém UCEs extraídas predominantemente das entrevistas dos sujeitos 2, 5, 6, 8 e 11, do sexo feminino, na faixa etária de 25 a 30 anos e 36 a 40 anos, dos enfermeiros especialistas e que atuam na UR. Os conteúdos apreendidos denotam uma ênfase desses profissionais no registro das etapas da SAE para a implementação do cuidado.

A SAE é um importante elemento de registro das informações dos clientes através das etapas do Histórico, da Evolução e das Anotações de Enfermagem.

O registro é um forte componente da SAE e as anotações de enfermagem anteriores são importantes fontes de dados. Por outro lado, o que foi coletado e identificado sobre o cuidado necessita ser registrado.

As palavras dessa classe retratam a idéia de que os enfermeiros valorizam muito mais a documentação e do que a utilização dessa metodologia para a organização do cuidado centrado nas necessidades e individualidades do cliente.

Todo dia escrevendo a prescrição (...) (Sujeito 8).

Você antes de ver o paciente, você vê o que seu colega escreveu, o que ele identificou no turno anterior (Sujeito 1).

O que eu fiz mais foi o livro de registro, eu registrava o paciente que entrava, que horas entrou (...) eu anotava ali (Sujeito 14).

Outro estudo (ROSSI; CASAGRANDE, 2001) também identificou que o PE tem sido executado e operacionalizado pelos enfermeiros com maior ênfase na documentação, em detrimento da sua aplicação ao paciente, o que resulta em um plano de cuidados que não reflete uma assistência individualizada ao cliente, tornando-se uma atividade burocrática.

Nos últimos anos, estudos (DAVIS; BILLINGS; RYLAND, 1994; LIMA, 2006) têm demonstrado dificuldades no estabelecimento e na utilização da SAE no Brasil e em outros países e também na aplicação sistemática de todas as etapas dessa metodologia nas instituições.

A referida classe 1 apresenta o modo de fazer do enfermeiro no registro das etapas do Histórico, da Prescrição e da Evolução de Enfermagem. Embora, esse profissional compreenda que a SAE é composta pelas fases do Histórico, do Diagnóstico, da Prescrição e da Evolução, percebe-se que, na prática, são mais valorizadas as etapas do Histórico e da Prescrição de Enfermagem.

Essa valorização tem por base alguns significados para o grupo de enfermeiros em seu cotidiano, pois asseguram o controle e a burocratização do cuidado e reforçam o modelo biomédico de assistência ao cliente centrado nas práticas de cuidado com o corpo e não com o indivíduo.

Porque o que nós temos de fato feito por todos é o **histórico e a prescrição** (Sujeito 5).

Então você se restringe a fazer um **histórico** e uma **prescrição** voltada para a questão física (...) que praticamente é padronizado (Sujeito 11).

Tudo isso eu já identifiquei no meu **histórico** (...) então a gente faz a **prescrição** (...) a avaliação e a **evolução** (Sujeito 12).

Me pedem para fazer **histórico** (...) e **evolução** de um paciente, não vou fazer bem feito porque eu não conheço aquele paciente (Sujeito 1).

Os sujeitos em suas falas mostram que não existe um aprofundamento na relação com o cliente. Ele é considerado principalmente no registro dos cuidados na Prescrição de Enfermagem, no registro de intercorrências biológicas na Evolução de Enfermagem e no registro e coleta de dados no Histórico de Enfermagem.

Apesar de estar só de manhã, eu tenho que ir lá olhar se chegou o **paciente** (...) se não tiver essas **anotações**, aí eu vou ter fazer tudo isso de manhã (Sujeito 2).

Estava **registrado** que o paciente não apresentou evacuação (...) então isso é um cuidado que eu acho que tem que se feito (...) estar **registrando** (Sujeito 12).

Eu acho muito importante porque tem ali um **registro** (...) de toda a história dele, tudo o que aconteceu (Sujeito 14).

A SAE é compreendida como importante requisito para a documentação e o registro adequado, onde se destaca a anotação. Esse registro é considerado essencial para o desenvolvimento do plano de cuidados aos clientes e resolver algumas intercorrências. A anotação é enfatizada como um elemento organizador do cuidado e agrega significados que conduzem as práticas do enfermeiro.

A ausência de registros e de anotações de enfermagem referentes aos cuidados prestados aos clientes colabora para a deficiência na continuidade do registro da assistência, uma vez que as anotações são importantes fontes de informação para a sequência do cuidar. Há que salientar também a confusão na compreensão do que consiste a anotação e a evolução de enfermagem, visto que estas são interpretadas pelos enfermeiros como ações sinônimas. Parece haver ainda dificuldades nas diferenças entre anotação e evolução de enfermagem, bem como nas atribuições dos enfermeiros quanto à sua efetivação.

Não **anotávamos** nada daquilo a não ser pra gente nas nossas anotações, em um sim a gente evoluía o paciente (...) (Sujeito 1).

Uma falta de **anotação**, talvez seja falha minha (...) (Sujeito 6).

Se o colega não **anota** aí fica uma **evolução** sem ser uma **evolução** (Sujeito 2).

A gente tem uma confusão muito grande quando se fala de **evolução e anotação**, em que momento evolui? (...) (Sujeito 9).

Daí acaba que não fica uma **evolução**, acaba sendo uma sendo uma **anotação** e não é o correto (Sujeito 3).

Você vai ver que eles vão fazer a **evolução** básica deles (...) então você vê que está sendo feito (...) não é só fazer uma **anotação** de decúbito lateral esquerdo (...) (Sujeito 8).

Eu tenho dificuldade em (...) saber o que eu posso **anotar** realmente, se eu posso **anotar** aquilo de consciente, orientado, normotenso, normocárdico, sinais vitais, é aquele cuidado que você faz (...) então eu tenho dificuldade de redigir, o que eu tenho que redigir realmente (Sujeito 2).

Você faz uma **anotação** (...) toda uma identificação do paciente, faz toda uma avaliação criteriosa (...) (Sujeito 15).

Eu percebo que cada enfermeiro tem **evoluções** completas e outras muito sucintas que parece uma **anotação** (Sujeito 5).

Na instituição não existe um referencial para avaliação dos clientes e que seja compartilhado entre os profissionais enfermeiros.

Quanto à dificuldade da Equipe de Enfermagem em distinguir a anotação da evolução, algumas razões são confirmadas por Gonçalves (2001). A primeira relaciona-se à falta de hábito ou exigência formal de realização da evolução; a segunda relaciona-se à semelhança do conteúdo dos dados de cada um dos procedimentos a serem registrados e à não-profundidade de investigação e análise.

Na anotação, a Equipe de Enfermagem registra os dados brutos do momento e, de forma pontual, através da observação. Já a evolução de enfermagem é privativamente realizada pelo enfermeiro, através do registro de dados analisados, por períodos e de forma contextualizada e refletida (GONÇALVES, 2001).

Entretanto, alguns enfermeiros reconhecem que existem diferenças entre os termos, optando pela anotação em vez de pela evolução de enfermagem, tendo em vista a demanda de clientes assistidos e o número de enfermeiros nas Unidades de Internação. Essa opção pela anotação está associada a uma deficiência em determinar o momento de se registrar a evolução e em seu conteúdo. Os depoimentos evidenciam as dificuldades entre os enfermeiros, com relação às normas de redação da evolução de enfermagem, na habilidade escrita e também alta demanda de clientes por profissional.

Reconheço que a gente acaba fazendo anotação até mesmo pela demanda (...) você não faz aquela evolução com cada paciente, com exame físico (...) (Sujeito 8).

A evolução (...) que agente faz aqui (...) que deveria ser a cada dia (...) infelizmente não tem número de servidor para avaliar a cada dia (Sujeito 12).

O encaminhamento não é uma evolução, é uma anotação de enfermagem eu acho que muita gente às vezes não anota, porque tem uma certa dificuldade em redigir, saber realmente o que é a evolução do paciente (...) (Sujeito 2).

Os discursos dos sujeitos revelam o registro das anotações de enfermagem em algumas etapas da SAE. A evolução é substituída pela anotação, tendo em vista que a primeira exige um maior raciocínio e análise de dados do cliente por parte do enfermeiro, enquanto a segunda é enfatizada como uma atividade menos complexa.

Já a Prescrição de Enfermagem é representada como uma etapa de operacionalização dos cuidados, padronizados, impressos e voltados para as necessidades físicas dos clientes. Aliás, os enfermeiros consideram a etapa da Prescrição como sendo a prática do cuidado e prevalece a valorização do registro e a anotação de cuidados e procedimentos de enfermagem. O conceito de Cuidado apresenta-se associado aos procedimentos e intervenções de Enfermagem que habitualmente são desempenhados para o atendimento dos clientes. E a execução da Prescrição depende de uma intercorrência com o cliente para de fato ser considerada uma etapa de implementação contínua do Cuidado.

A etapa da Prescrição de Enfermagem é a definição dos cuidados necessários ao cliente. Parece estar sendo realizada de modo burocrático em algumas situações. Por outro lado, a primeira etapa de implementação (pré-implementação) consiste em verificar a validade da prescrição, que muitas vezes se apresenta desatualizada e ultrapassada, revelando descompromisso na execução dessa etapa.

Ir para a terceira fase, que seria a **prescrição**, que é o cuidado em si (...) (Sujeito 12).

O cuidado para mim é uma fase importante, porque ali agente vai determinar realmente o que vai realizar para a prescrição (Sujeito 9).

Porque a **prescrição de enfermagem** em si que agente anota os cuidados (...) (Sujeito 8).

Eu faço registro, eu registro na **prescrição**, o procedimento tudo (...) (Sujeito 2).

Anota quando tem intercorrência no decorrer do dia e valida a **prescrição de enfermagem** que já está impressa (...) (Sujeito 7).

Você vai ali para fazer um procedimento, para cumprir uma **prescrição** (...) nem está tão atualizada (...) (Sujeito 4).

Quanto à concepção do Cuidado, este deve ir muito além da oferta de procedimentos e técnicas de enfermagem ao cliente. Sua definição ainda é amplamente debatida entre os profissionais de saúde, posto que, enquanto alguns o consideram sinônimo de assistência, outros já o descrevem como essência da profissão e como objeto de estudo. Para 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. Portanto, 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).

A Prescrição tem importância no atendimento das necessidades levantadas pelo enfermeiro na etapa do Histórico de Enfermagem, e as categorias (tipos) de Prescrição por grau de dependência utilizados nas Unidades de Internação auxiliam na sua aplicação. Entretanto, tal procedimento é realizado semanalmente, de forma padronizada, não individualizada e sem uma avaliação anterior do cliente.

Paralelamente, existem problemas relacionados ao ato de observar e avaliar previamente os clientes antes da validação e atualização das Prescrições Padronizadas, como também dificuldades relacionadas à ausência de espaços para a Anotação de Enfermagem nos impressos de Prescrição.

As representações da Prescrição, enquanto etapa da SAE é heterogênea, pois para alguns enfermeiros essas práticas são de natureza do trabalho da enfermagem, para outros não são, como revela os depoimentos abaixo.

Eu fiz um histórico, levantei uma necessidade, fiz uma **prescrição** que vai atender às necessidades que eu levantei (...) (Sujeito 11).

Aí eu vou fazer a **prescrição** conforme aquilo que o paciente necessita (...) (Sujeito 3).

Você fazia a **prescrição de enfermagem** e às vezes nem é visto o paciente a gente não costuma trabalhar isso com eles, realmente são excluídos desse processo (...) é posto na cabeça da gente, que nós não **prescrevemos** quem prescreve é o médico (...) (Sujeito 7).

Porque na **prescrição de enfermagem** em si, que a gente anota os cuidados (...) aquelas **prescrições**, acaba que para aquele tipo de paciente, fora uma coisa ou outra que você tem que acrescentar, ela cabe para os pacientes, acho que deu certo essa divisão por categoria (...) é uma fase que (...) ainda fique um pouco falha (...) que a gente percebe (...) por conta daqui ser uma **prescrição** semanal (...) não ter uma anotação de enfermagem na própria prescrição (Sujeito 8).

A gente está **prescrevendo** os cuidados (Sujeito 12).

Assim, aponta-se para a reformulação do formulário de Prescrição de Enfermagem: sua realização diária pelos enfermeiros e a participação dos auxiliares de enfermagem em sua implementação.

Dentre as mudanças citadas pelos enfermeiros nessa etapa, identificou-se principalmente a necessidade de se instituírem espaços para a anotação de enfermagem, a eliminação das siglas utilizadas nos espaços em branco, a alteração da frequência de verificação dos sinais vitais e a assinatura legível do profissional que executou o cuidado. Neste sentido, embora haja uma preocupação com a estrutura do formulário de Prescrição de Enfermagem para facilitar as anotações e registros de enfermagem, percebe-se que, da parte dos enfermeiros, não ocorre uma reflexão mais crítica para de fato programar uma Prescrição que atenda às NHBs do cliente:

Não tem **espaço** para colocar observação, então eu acho que ali alguma coisa pode ser revista (...) se o paciente (...) está **prescrito** verificar a temperatura três vezes por dia, se ele fez febre num horário diferente, você não tem onde anotar (...) tem que ter assinatura de quem executou aquele cuidado, é eu acho que isso fica solto (...) (Sujeito 4).

A minha visão clássica é mudar essa **prescrição** semanal (Sujeito 8).

Aqui tem uma história de não checar ou então criar umas siglas que não são universais que compromete muito (...) eles falam que não tem **espaço** para gente escrever (...) para por o nome (...) (Sujeito 10).

Os **sinais vitais** (...) na primeira semana (...) não tem nada que fale de hipertensão dele, então são duas vezes (...) na segunda semana você vai reduzir isso para uma vez ao dia (...) (Sujeito 11).

A prática da Prescrição de Enfermagem está sempre associada às atividades da Equipe de Enfermagem nas Unidades de Internação. Verificou-se que tal etapa é realizada de acordo com os procedimentos executados pelos profissionais da área. Esses procedimentos estão relacionados com a verificação dos sinais vitais, mensuração de diurese, mudança de decúbito, sondagem, cuidados de higiene, administração de dieta e verificação de ph urinário. O que se constatou é que a Prescrição de Enfermagem tem sido executada pelos enfermeiros apenas para documentar os cuidados que fazem parte da rotina de Enfermagem, não colaborando, portanto, para o planejamento efetivo do cuidado ao cliente pelo enfermeiro. Este continua sendo o prescritor de rotinas.

Na representação dos enfermeiros, a prescrição segue um modelo orientado por plano de cuidados.

Então você se restringe a fazer um histórico e uma **prescrição** voltada pra questão física (...) aí você coloca ali sinais vitais que praticamente é padronizado (Sujeito 7)

Agente traceja a **prescrição** de acordo com o paciente, **sondagem**, o estado que ele está (Sujeito 8).

Verificar **sinais vitais** quatro vezes ao dia (...) (Sujeito 11).

Verificar se a unha está cortada (...) (Sujeito 12).

Temperatura, **sinais vitais**, essas coisas todas, ph, quanto urinou (...) (Sujeito 14).

Você põe isso na sua **prescrição de enfermagem** (...) por exemplo, a higiene oral (...) (Sujeito 8).

Observa-se que a aplicação da SAE é importante para direcionar o fazer da Enfermagem, como uma profissão essencialmente prática, na qual a Prescrição auxilia a organizar a “rotina” do Cuidado, que se fundamenta principalmente no conhecimento baseado nas técnicas básicas de Enfermagem e na sua aplicação diária.

Neste contexto da rotinização do trabalho e da SAE, outro estudo (LEDESMA-DELGADO; MENDES, 2009) também confirma essa análise, uma vez que, na estrutura hospitalar, as ações/interações de cuidado do enfermeiro seguem as rotinas padronizadas e funções instituídas, para disciplinar o trabalho, mostrando-se como elementos direcionadores.

Constatou-se ainda a pouca interação do enfermeiro com a Equipe Multidisciplinar, especialmente com o profissional auxiliar de Enfermagem, quanto à implementação da Prescrição de Enfermagem, embora pareça haver um envolvimento dos auxiliares de Enfermagem quanto à rotina de atualização dessa etapa pelo enfermeiro. Essa pouca interação entre os elementos da Equipe de Enfermagem está focada apenas no registro e no uso da Prescrição, ou seja, não há uma participação efetiva dos auxiliares de enfermagem no planejamento da Assistência de Enfermagem aos clientes, gerando-se um processo exclusivo e particular do enfermeiro. Por outro lado, a reavaliação e revisão da Prescrição dependem muito mais das informações e observações transmitidas pelos auxiliares de enfermagem do que da própria avaliação do cliente pelo enfermeiro.

Eles percebem coisas que o enfermeiro que está lá, não percebe (...) então eles mesmos informam pra gente, tem que mudar isso aqui, tirar a **sonda** (...) são eles que repassam isso pra gente, como muitas vezes tem um acesso muito maior com o paciente na hora (...) do banho, alguma coisa assim (...) (Sujeito 8).

O auxiliar diz: mas esse paciente aqui está, já está ativa, aí você vai fazer a **prescrição** daquele cuidado que ele já está ativo (...) às vezes, até o auxiliar ele passa para gente esses probleminhas, porque ele que está lá fazendo (...) (Sujeito 2).

Para te ser sincero, a gente não trabalha. É uma falha, agente não trabalha (...) não discute a **prescrição** com eles, não é discutido, não é passado (Sujeito 7).

Hoje eles discutem algumas coisas, eles discutem, eles trazem pra gente (...) eles dão a dica e agente vai lá e confere e aí atualiza a **prescrição** (Sujeito 10).

Ressalta-se nesse processo que a incipiente interação do enfermeiro com a Equipe de Enfermagem na elaboração da SAE acontece principalmente porque o processo de trabalho da Enfermagem se encontra dividido em categorias profissionais e centrado em tarefas. Os enfermeiros executam a Prescrição, enquanto etapa burocrática e não assumem a supervisão do Cuidado em equipe.

Esse fazer da Prescrição de Enfermagem, de forma privada e automática, pode estar associado tanto ao despreparo do enfermeiro em compartilhar esse conhecimento e essas informações com o auxiliar de enfermagem, com o cliente e com a Equipe de Saúde, quanto a um maior empoderamento e status profissional, que a atividade impõe em suas práticas cotidianas.

Neste sentido, concordamos com Nascimento et al. (2008), quando estes afirmam que é indispensável atuar de modo complementar e interdisciplinar, uma vez que, ao se dividir a assistência em saúde entre as várias categorias profissionais sem interação e sem atentar para a unicidade do ser humano, estamos fragmentando essa assistência a tal ponto que as individualidades passam a ser negligenciadas, chegando mesmo a serem perdidas de vista, com o cuidado passando, por sua vez, a ser relativizado.

Reiterando achados da literatura, os autores Ramos, Carvalho e Canini (2009) citam que os auxiliares de enfermagem demonstram desinteresse na implementação da Prescrição de Enfermagem por duas razões: primeiro, eles compartilham pouco das informações sobre os pacientes e, segundo, aquele procedimento não reflete as reais necessidades dos clientes, o que favorece a resistência em cumpri-lo.

Assim, compartilha-se das afirmações de Alves, Lopes e Jorge (2008). Uma delas é que é necessário repensar novas estratégias que respondam às necessidades das pessoas, que deverão também participar ativamente do processo saúde-doença, adaptando conceitos teóricos à realidade socioeconômico-cultural em que se atua. Outra é que o envolvimento ativo de todos os componentes da Equipe de Enfermagem constitui a possibilidade de se trilhar por outro caminho.

É necessário que toda a Equipe de Enfermagem, envolvida no processo de implementação dessa metodologia, saiba quais são os seus passos e, principalmente, como cada um destes deve ser implementado em sua prática diária (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

A etapa do Histórico de Enfermagem é considerada em suas três fases, quais sejam: anamnese, coleta de dados e exame físico. A Admissão de Enfermagem também é compreendida como uma fase do processo que precede a realização da etapa do Histórico. No entanto, a execução do Exame Físico é questionada, enquanto fase do processo, pela falta de conhecimento, domínio e limitações do enfermeiro, pois é realizada sem aprofundamento, principalmente no que se refere à avaliação da ausculta cardíaca e pulmonar, partindo-se depois para a etapa da Prescrição de Enfermagem, sem considerar os Diagnósticos de Enfermagem dos clientes. Essa deficiência na avaliação do referido Exame pelo enfermeiro contribui para a deficiência na implementação dos cuidados ao cliente.

Eu fiz anamnese, coletei dados, fiz **exame físico** entre aspas, porque o **exame físico** é questionado, o **exame físico** que a gente faz aqui, é você faz a **prescrição** (...) (Sujeito 10).

Dentro dessa conversa, ver anamnese, **exames** e tal para colher os dados desse paciente (...) (Sujeito 6).

Eu não tenho o domínio do **exame físico**, por exemplo, uma ausculta pulmonar, uma ausculta cardíaca (...) eu não tenho domínio dessas áreas também não sei o que faria com essa informação, nem sei se teria o que fazer com essa informação, eu me questiono (...) (Sujeito 11).

Eu tenho dificuldade também no **exame físico** (...) palpação (...) o embasamento (...) é só da faculdade e já tem muitos anos (Sujeito 5).

Eu acho que muitas vezes, a gente implementa ou não implementa cuidados para o paciente, porque a **avaliação** foi mal feita, por limitações (...) (Sujeito 13).

Já fiz uma atualização da **prescrição** (...) diagnóstico nem pensar (...) (Sujeito 10).

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.

Nessa etapa, os sujeitos priorizam o registro de alterações, problemas e necessidades identificadas no exame físico do cliente, visto o enfermeiro valorizar mais a realização do referido exame e o registro de dados relacionados às necessidades biológicas.

Igualmente a essa questão, um estudo recente (LEDESMA-DELGADO; MENDES, 2009) cita que as enfermeiras também reconhecem que suas ações de cuidado e a vivência do PE no cotidiano hospitalar vêm sendo comprometidas, pois a avaliação está focalizada apenas em sinais, sintomas e necessidades do paciente, ou seja, direcionada aos aspectos físicos e às situações críticas do paciente.

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 vinte e quatro horas do dia. Por isso, ele deve polarizar essas interações e valorizar diferentes formas de pensar a fim de vir a compreender as correlações parte/todo e apreender o ser humano como um ser complexo (BACKES et al., 2008).

Os relatos abaixo permitem identificar que um impresso de Histórico de Enfermagem aprofundado, padronizado e direcionado para uma clientela específica facilita o registro e a coleta de dados dos clientes, reduzindo, inclusive, o tempo gasto pelos enfermeiros para essa etapa.

Você colhe o **histórico** do paciente, um **histórico** aprofundado, direcionado, no caso do nosso paciente aqui que é bem específico, então tem que ser uma coisa mais direcionada (...) (Sujeito 7).

Então é um **histórico** que te dá tempo, você ganha tempo com ele (...) então existe um **histórico de enfermagem** voltado para o paciente da ala de cuidados paliativos e um **histórico** (...) para os pacientes da ala de cuidados em reabilitação motora (Sujeito 11).

O **histórico** aqui, eu acho que ele é bem interessante (...) porque ele é muito direcionado pro paciente e ao mesmo tempo ele é completo (...) (Sujeito 8).

Embora o Histórico de Enfermagem esteja organizado em NHBs, percebe-se ainda um desconhecimento dos enfermeiros com relação à utilização desse referencial que está baseado em necessidades. Isto de certa forma representa uma maior preocupação desses profissionais com a coleta de dados voltados para a doença e não para aqueles conceitos do modelo conceitual de NHBs que dão sustentação à metodologia assistencial adotada pela instituição.

Na admissão, a gente segue para o **exame físico** (...) que inclui **sinais vitais**, ausculta (...) é como se você já tivesse um roteiro pré-fixado (...) você faz um **histórico**, um **exame físico** (...) ele inclui o **histórico** da doença (...) a gente foca muito no problema quando aconteceu e mais no **exame físico** (...) (Sujeito 8).

Depois você desenvolve um **exame físico**, onde você começa no sentido céfalo-caudal que está previsto no **exame físico**, e você vai registrando aquilo (...) (Sujeito 11).

Tem que fazer o **exame físico** em primeiro lugar (...) e identificar a doença, falar sobre o paciente (...) (Sujeito 3).

Embora, o Histórico esteja sendo realizado de forma rotineira, por outro lado, os depoimentos permitem afirmar-se que esse roteiro possibilita principalmente o registro e a coleta de dados, a identificação das necessidades, o estabelecimento do grau de dependência para o cuidado, contribuindo, assim, para uma elaboração da Prescrição de Enfermagem de forma direcionada ao cliente. Isso de certa forma corrobora com outros autores (SILVA, 2004; PORTO, 2004; SOUZA, 2007; COUTINHO, 2007) que igualmente desenvolveram propostas de instrumentos específicos para determinados grupos de pacientes, tendo como base teorias e

conceitos em Enfermagem e que facilitaram o entendimento e aplicação desses modelos teóricos pelos enfermeiros.

Qual é o grau de dependência dele? Tudo isso eu já identifiquei no meu histórico, então a partir dali a gente faz a prescrição que é o cuidado em si, já direcionado pra aquele indivíduo (...) (Sujeito 12).

Durante o histórico a gente vai detectando o que o paciente precisa, quais as limitações, quais são os cuidados que tem que ser direcionados e durante o histórico já vou prestando a atenção pra fazer a minha prescrição (sujeito 5).

É eu acho que esse roteiro do histórico ajuda porque muitas vezes você pode esquecer de alguma coisa e no roteiro vai lembrando e vai colhendo os dados (Sujeito 6)

Eu primeiro sempre faço o histórico para identificar o que o paciente tem, aí depois eu tomo pé do diagnóstico, das necessidades dele, aí que eu faço a prescrição (Sujeito 3).

A avaliação é citada como sinônimo da Evolução de Enfermagem, etapa pouca realizada pelos enfermeiros.

Rossi (2001) diferencia avaliação de evolução. Aquela é a observação e a análise dos resultados terapêuticos após a execução dos cuidados em termos de objetivos atingidos, enquanto esta é a análise da condição geral do enfermo em termos de comparação entre uma situação dada em um momento da observação e um momento seguinte. Outros autores (WESTPHALEN; CARRARO, 2001; TANNURE; GONÇALVES, 2008) mencionam esses termos como sinônimos.

Desta forma, há que se fazer referência as normas para a redação da Evolução de Enfermagem. Esta necessita ser realizada diariamente, exclusivamente pelo enfermeiro, em impresso próprio e em todos os clientes. Anteriormente à sua realização, aquele profissional deverá verificar as evoluções e prescrições de enfermagem e médica, assim como a anotação de enfermagem, os exames e as consultas do cliente.

Nos registros devem constar os problemas/diagnósticos prioritários, novos e selecionados para o atendimento, a resolução dos problemas/diagnósticos abordados/identificados, e o resumo das orientações fornecidas ao cliente. Posteriormente, o enfermeiro deverá realizar a entrevista e o exame físico (CIANCIARULLO et al., 2001; POSSARI, 2005).

A Evolução de Enfermagem, por outro lado, é considerada uma etapa que direciona o enfermeiro para uma avaliação das mudanças ocorridas nos diagnósticos dos clientes, de forma fragmentada, não atendendo, inclusive, ao indivíduo em sua totalidade.

Embora se identifique o conhecimento do enfermeiro em relação à finalidade da Evolução de Enfermagem, enquanto etapa da SAE, esse conhecimento teórico não reflete mudanças em sua prática assistencial. Além disso, nessa etapa o cliente não é visto em todas as suas necessidades.

A **evolução** para eu ver como ele (...) mudou o diagnóstico dele (...) está muito direcionada realmente com o diagnóstico (...) (Sujeito 9).

São pequenas mudanças que acontecem com o paciente, mas eu não estou vendo o paciente como um todo para eu **evoluir** (Sujeito 3).

Ainda, com relação à Evolução de Enfermagem, percebe-se uma falta de adesão e comprometimento dos enfermeiros na realização dessa etapa da SAE. Existem dificuldades relacionadas com a organização e distribuição dos enfermeiros por Unidades de Internação e por períodos, com a descontinuidade no acompanhamento da assistência aos clientes, com o número reduzido de profissionais, com o referencial teórico sobre o assunto, com a ausência de uma distribuição de evolução por enfermeiros e com as barreiras culturais relacionadas à prática da Evolução de Enfermagem pelo enfermeiro.

Mas eu também não tenho cuidado de fazer pelo menos uma enfermagem (...) quanto à **evolução**, estou pecando com a **evolução** (...) é a **evolução** é uma falha, que eu deixo para evoluir só com alguns pacientes, que eu acho que tem necessidade (...) (Sujeito 5).

Nem todos os colegas fazem **evolução** (...) infelizmente a gente não tem número suficiente de servidores para **avaliar** a cada dia (Sujeito 12).

É porque às vezes era dia de **evoluir** paciente na Ala A e então, não tem como, eu não vi aquele paciente, aí estou na Ala A e chego na B para **evoluir** (...) **evoluo** os pacientes (...) quando é possível, quando não estou sozinha (...) porque eram só os dois, e um deles (...) fica na supervisão (Sujeito 1).

Então uma das coisas que pesa nessa dificuldade é você não ser um enfermeiro que o tempo todo está acompanhando (...) não se sabe a história do paciente (...) não tem uma **evolução** da semana (Sujeito 4).

Eu tenho que te confessar que se eu já fiz alguma **evolução** na Ala B, foi muito raramente (...) então parece que você vai lá para apagar incêndio (...) você não tem como fazer uma **evolução** (...) você não acompanha aquela história daquele paciente (Sujeito 8).

Sempre tive dificuldade, porque um livro fala de um jeito, vários livros, como que você vai **evoluir**? (...) mas a parte da **evolução** está deficientíssima (Sujeito 2).

É posto na cabeça da gente que **evolução** quem faz é o médico (Sujeito 7).

As evoluções de enfermagem são realizadas semanalmente, embora precariamente, com enfoque no registro de procedimentos que fazem parte das rotinas de enfermagem, ou então são desempenhadas levando-se em consideração apenas as intercorrências apresentadas pelos clientes, de forma repetitiva. Sua execução semanal não garante a continuidade da assistência e a resolução dos problemas/diagnósticos que estão presentes durante o período de hospitalização dos clientes.

Aí ninguém continua a **evolução** (...) não tem continuidade, eu vou **evoluir** e vou fazer (...) sempre a mesma coisa (...) aí você vai **evoluir**, eu fiz um procedimento na enfermagem (...) (Sujeito 2).

Se tivesse tido alguma intercorrência eu **anotava** ali (...) (Sujeito 14).

A **evolução**, então rastreava, por exemplo, tem curativo? (...) melhorou? (Sujeito 5).

Às vezes se admite, que é uma das etapas, mas a **evolução** fica precária (Sujeito 6).

Os enfermeiros da amostra estudada revelam futuras mudanças relacionadas à Evolução de Enfermagem nas Unidades de Internação, a saber: elaboração de um roteiro que possibilite o nivelamento do registro das informações sobre o cliente de forma uniformizada, distribuição igualitária das evoluções entre os enfermeiros, alteração da frequência de sua realização, de semanal para diária, execução por

uma enfermeira especialmente escalada para essa função e registro descritivo no prontuário após avaliação do cliente.

Acho que fazendo um roteiro, ele vai nivelar as informações (...) para não ficar uns colocando muito completo, outros (...) fica incompleto, acho que iria facilitar na **evolução** (Sujeito 5).

Essa **evolução** tem que ser feita (...) uma distribuição (...) que ficasse democraticamente igualitária (...) que tivesse uma enfermeira que viesse aqui tantas horas para fazer o acompanhamento (...) (Sujeito 11).

A **evolução** (...) deveria ser a cada dia (...) após a avaliação do paciente (...) (Sujeito 12).

A **evolução** eu acho mais fácil ela descritiva mesmo, não objetiva (...) escrever (Sujeito 5).

Quanto ao Diagnóstico de Enfermagem, este nem sempre é citado pelos enfermeiros da amostra estudada como uma etapa da SAE. Nesse processo, tal etapa é desvalorizada, pois o enfermeiro executa o Histórico, a Evolução e a Prescrição, desconsiderando os Diagnósticos de Enfermagem dos clientes e baseando-se no Diagnóstico Médico para complementar as etapas anteriormente realizadas. Existe ainda uma confusão no entendimento entre aquele e este.

Mas é isso admissão, histórico, exame físico, **diagnóstico**, prescrição e avaliação (Sujeito 8).

É feita a primeira etapa com certeza, que é o histórico, agora, a segunda etapa, que é o **diagnóstico**, nem todos, terceira etapa, a evolução? Nem todos fazem (...) a prescrição todos fazem, é a terceira. E a quarta, que é a evolução, poucos (...) e a última fase que é a avaliação e a evolução (...) na verdade o diagnóstico que é uma fase que (...) o colega pula, nem todos tem o **diagnóstico** (...) do histórico vai direto para a prescrição (Sujeito 12).

A gente tinha o mínimo que era um histórico, prescrição e evolução, **diagnóstico** não (...) (Sujeito 4).

A prescrição, depois que eu fiz o histórico, eu detectei as necessidades do paciente aqui, qual o **diagnóstico clínico** dele, aí eu vou fazer a prescrição (...) (Sujeito 3).

Para elucidar essa questão, Leopardi (2006) apresenta as principais diferenças entre o Diagnóstico Médico e o Diagnóstico de Enfermagem. O primeiro além de estar centrado nas enfermidades ou traumas que se manifestam clinicamente e indicam necessidades médicas que dependem de intervenções medicamentosas ou cirúrgicas, focaliza-se na correção ou prevenção de patologias biológicas ou psíquicas e identifica a entidade etiológica com base em sinais e sintomas clínicos. O segundo detecta respostas atuais ou potenciais que indicam necessidade de Assistência de Enfermagem e cuidados terapêuticos para manter ou recuperar o bem-estar e a saúde e que possam restabelecer os padrões funcionais,

além de reconhecer os padrões de respostas humanas em relação à entidade etiológica ou condição de vida.

Na concepção do grupo social, a etapa do Diagnóstico de Enfermagem não é executada devido à sua complexidade na prática. Isto também se deve à falta de conhecimento teórico e de aplicação prática dos seus fundamentos nas etapas da SAE, enquanto fase de interligação e complementar de todo o processo.

Percebeu-se também que o emprego de formulários padronizados para a etapa do Diagnóstico não permite, de fato, a realização concreta e objetiva do levantamento e do uso dos diagnósticos na assistência aos clientes e na comunicação com a equipe. A não-utilização dessa etapa no Processo de Sistematização da Assistência reflete a deficiência na padronização da linguagem dos Diagnósticos de Enfermagem entre os enfermeiros.

Aponta-se para a necessidade de se vir a compreender outras formas de identificação dos problemas/diagnósticos, baseados em modelos práticos que possam promover o seu entendimento e sua aplicação à realidade, com resultados positivos na Assistência de Enfermagem.

5.1.2 Classe 4 – A Prática do Cuidado

A Tabela 13 apresenta as palavras com maior X2 para a classe 4, nomeada a Prática do Cuidado e as UCEs que determinaram a constituição dessa prática.

Tabela 13 – Formas reduzidas e contexto semântico com maior grau de associação à classe 4 – A Prática do Cuidado

FORMAS/PALAVRAS	X ²	CONTEXTO SEMÂNTICO
Mãe+	128	Mãe, mães
Criança+	113	Criança, crianças
Med+	106	Medica, medicar, médicas, médico, médicos, médio, medo
Quimioterap+	80	Quimioterapia, quimioterapias, quimioterápico
Nutricionist	64	Nutricionista, nutricionistas
Peg+	47	Pega, pegamos, pegando, pegar, pegava, pegou
Consult+	47	Consulta
Segunda_f	47	Segunda-feira
Cap+	45	Capaz, capela
Cham+	45	Chama, chamam, chamando, chamar, chamava, chamei, chamou
Psicolog+	41	Psicóloga, psicologia, psicólogo
Medica+	40	Medicação, medicamento, medicamentos
Intern+	32	Interna, internação, internada, internado, internar, internaram, interno, internou
Encaminh+	32	Encaminha, encaminhada, encaminhado, encaminhar, encaminhava, encaminhado
Deix+	31	Deixa, deixar, deixava, deixavam, deixei, deixo, deixou
Agenda	30	Agenda
Fisioterape	30	Fisioterapeuta
Pai+	28	Pai, pais
Tom+	28	Toma, tomando, tomar, tomo, tomou

A classe 4 evidencia as palavras de maior significado X², ou seja, as formas reduzidas mãe, criança, médico, quimioterapia, nutricionista, consulta, segunda-feira, capela, psicólogo, medicação, internação, encaminhar, agenda, fisioterapeuta e pai, que correspondem às representações dos enfermeiros quanto à Prática do Cuidado na implementação da SAE.

As UCEs da classe 4 foram retiradas predominantemente dos sujeitos 7 e 14, do sexo feminino, na faixa etária de 51 a 56 anos, enfermeiros graduados e atuando na UOHP. Essa classe demonstra que a Prática do Cuidado está relacionada com a interação do enfermeiro com o cliente/família e com a Equipe Multiprofissional.

Em tal classe, a SAE se apresenta como uma metodologia agregadora do cuidado multiprofissional, requerida pela complexidade múltipla de necessidades do cliente, o qual requer cuidados especializados e individualizados das várias disciplinas profissionais.

Destacam-se, assim, os benefícios da aplicação da SAE, como importante veículo de informação e comunicação entre a Equipe de Enfermagem e os demais profissionais de saúde, como instrumento que favorece uma relação pessoa a pessoa, no qual o cliente é participante na tomada de decisão, deixando de ser objeto para se tornar sujeito da assistência, e como ferramenta que permite ao enfermeiro identificar as situações que requerem planejamento das ações/interações de enfermagem, priorizando, assim, as condições críticas dos pacientes que demandam atenção imediata (BACKES; SCHWARTZ, 2005; BARROS; CHIESA, 2007; CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009; LEDESMA-DELGADO; MENDES, 2009).

Entretanto, essa interação com a família na consulta também é percebida como um momento de tensão e conflito, pois o enfermeiro tem que lidar com questões que envolvem a ética, o relacionamento do casal e o papel do pai e da mãe durante o período de tratamento da criança/adolescente. Inclusive, há uma série de informações que o próprio médico deixa para o enfermeiro abordar com os pais da criança/adolescente durante a Consulta.

Aí você pega até irmãos que não são irmãos e o **pai** não sabe. É uma situação complicada, a **mãe** não pode falar isso pro pai (...) já tive seis pessoas aqui brigando da mesma família, porque o **pai** acusava a **mãe**, porque ela não dava comida direito pra criança e por isso a **criança** ficou leucêmica (...) mas eu já tive briga aqui nessa sala (...) ele não deixavam a gente falar, então eu deixei eles brigarem a vontade, na hora que eles acabaram de brigar, eu entrei, expliquei que não tinha nada a ver com alimentação (...) já peguei casos de separação por causa de doença de **criança** também que o pai começou a não participar, a **mãe** começou a ficar indignada porque só ela, realmente é muito cansativo (...) realmente a **mãe** acaba se desgastando com isso, o relacionamento dela com o marido se desgasta (...) e acabam se separando (...) até aí eles já tinham se degladiado, aí eu fui, chamei com mais calma, não adianta uma consulta só, aí você tem que chamar novamente quando é casal separado (...) a **médica** deixa muitas coisas pra gente falar (Sujeito 14).

Percebe-se que, na relação entre médico e enfermeiro, há uma tentativa tal de flexibilidade na divisão do trabalho, que termina por se aproximar do que se entende por equipe-integração, onde ocorre a articulação das ações de integralidade e interação dos agentes de saúde, segundo Peduzzi (2001). Esse quadro interpretativo pressupõe a relação entre o trabalho do enfermeiro e a interação com os elementos da Equipe de Saúde.

A Consulta de Enfermagem é um momento de escuta para os pais da criança/adolescente em tratamento e está vinculada à consulta com outro profissional da Unidade (odontólogo ou hematologista). Sua forma de realização pelo enfermeiro depende também da avaliação do nível de conhecimento dos pais em relação à doença e ao tratamento, e de suas condições emocionais para lidar com todas as questões que cercam esse momento de estresse e enfrentamento pessoal. Identifica-se também, por parte do enfermeiro, um conflito no desempenho de suas atribuições profissionais, pois ele assume papel de psicólogo para intermediar as relações com a família da criança/adolescente.

Tem mãe que já no primeiro dia quer saber de tudo e deixa você falar do seu jeito, seguindo seu roteiro (Sujeito 1).

Não adianta eu esperar que essa mãe vá vir ao hospital por uma **consulta** com o enfermeiro (...) eu vinculo a consulta com a **odontologia** (...) com a **hematologia** (...) (Sujeito 13).

A **consulta de enfermagem**, acho que quem sai ganhando demais são os pais, os pacientes (...) porque a gente dá uma de **psicólogo** (Sujeito 12).

Tem coisas que pra certas **famílias** você fala de um jeito, pra outras famílias você fala de outro (...) (Sujeito 14).

Você tem que deixar ela chorar (...) ela está sabendo do **diagnóstico** (...) aquele dia (...) é uma coisa nova pra ela e ela não sabe nada (Sujeito 14).

Entende-se, ainda, que o trabalho em saúde está organizado para atender à finalidade da assistência curativa e individual, sendo o profissional médico o agente nuclear e a consulta médica o centro de decisão e poder para as outras áreas profissionais, inclusive para a Enfermagem. Essa situação de certa forma polariza o fluxo do cliente e do trabalho na Unidade de Internação.

A consulta e o trabalho de Enfermagem se orientam e se dinamizam a partir do médico e do dentista, contribuindo para a manutenção do modelo hegemônico em saúde e para a subordinação do enfermeiro a outros profissionais.

A interação da mãe com o enfermeiro na Consulta de Enfermagem possibilita a identificação de necessidades psicobiológicas e de encaminhamento dos pais da criança/adolescente a outros profissionais da Equipe (psicólogo, dentista, nutricionista) durante o tratamento.

Observa-se também que as necessidades detectadas e as intervenções de enfermagem realizadas pelos enfermeiros durante a consulta estão centradas mais na doença e no tratamento (medicação, quimioterapia). Durante a Consulta de Enfermagem são identificados problemas da esfera psicológica, como a depressão

dos pais, entretanto, esses casos são encaminhados pelos enfermeiros para outros serviços e profissionais.

Tem paciente que precisa demais (...) de uma **psicóloga** o tratamento todo, a mãe, tem outro que precisa (...) de um **dentista**, porque está péssimo, vai pra **nutricionista** porque está abaixo do peso, está mal alimentado (...) já peguei mães aqui com depressão terrível e não sabiam que tinham depressão, tinham mães que queriam se suicidar (...) então apontamos os problemas que nós encontramos e os tópicos que foram abordados, as instruções que foram dadas para mãe em relação aos cuidados que ela tem que ter com aquela criança daqui pra frente (Sujeito 14).

Então eu faço um planejamento de como é que eu vou trabalhar e já faço uma implementação de cuidado, eu já ofereço **medicamento** para essa mãe, oriento ela sobre os recursos que ela vai utilizar, onde ela vai **medicar** esse menino (...) (Sujeito 13).

Eu chamei a mãe pra conversar e vi que ela estava com depressão (...) e no mesmo dia eu consegui para ela no **Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico**, uma **consulta** (...) (Sujeito 14).

O modelo de Consulta de Enfermagem fica centralizado no discurso da doença, do cuidado com o corpo físico e da oferta de serviços de enfermagem que enfocam a terapêutica medicamentosa. A Consulta de Enfermagem tem uma representação focada na orientação e no atendimento às necessidades psicobiológicas, uma vez que o câncer e a quimioterapia conduzem as práticas dialógicas e interativas que são estabelecidas na relação entre os dois sujeitos, quais sejam, enfermeiro e cliente.

Neste sentido, Rodrigues (2006) assegura que a Consulta de Enfermagem é um espaço privilegiado para o enfermeiro implantar uma metodologia de assistência às necessidades dos agentes de autocuidado, pois, além de oferecer ao cliente informações para esclarecer dúvidas, fornece orientações referentes ao autocuidado, fortalece a relação de confiança entre a clientela e a Equipe de Enfermagem, dando segurança, apoio, suporte emocional, atenção e carinho, e promove a satisfação dos clientes em relação a todo o processo de assistência prestada durante o tratamento da criança/adolescente com câncer.

A prática da Consulta de Enfermagem parece depender da organização do trabalho em equipe, dos recursos humanos existentes, do fluxo de atividades e rotinas diárias da Enfermagem e do cumprimento das atribuições específicas que competem ao enfermeiro. O trabalho do enfermeiro está centrado no preparo e administração de medicamentos. A demanda de procedimentos relacionados a compra, aquisição e manipulação de quimioterápicos e punção de cateter tem,

porém, impedido o enfermeiro de planejar e prestar uma assistência qualificada aos clientes através da utilização das etapas da SAE. Isso de certa forma faz com que esse profissional priorize as atividades rotineiras e os procedimentos de enfermagem. O planejamento da Assistência, por exemplo, nem sempre é possível, ocorrendo uma ênfase na divisão de tarefas e no cumprimento das rotinas de enfermagem entre os enfermeiros das Unidades. Percebe-se, inclusive, que o enfermeiro assume outras funções que competem ao farmacêutico e ao administrador, o que inviabiliza suas atividades na assistência e no gerenciamento do cuidado ao cliente.

Segunda-feira você não vê cara de paciente (...) você fica na batalha o dia inteiro (...) é daqueles batidão mesmo (...) quantas **quimioterapias** que eu diluo sozinha, quantos cateteres eu puncionei, é um tira e põe de paramentas (...) dia de internação, eu falei: esquece os cuidados, vamos fazer **quimioterapia** (...) tem segunda que é difícil você ir ao banheiro (...) não deu tempo de tomar água (...) eu saio pê da vida, a gente sai estressadíssima (...) (Sujeito 14).

Calcula quantos **frascos** são (...) segunda-feira que você está cheio de outras internações (...) gente te chama pra puncionar cateter (...) essa **medicação** está em falta, é tanta amolação (...) é obrigação da gente, mas mistura tudo (Sujeito 11).

Quimioterapia de sarcoma (...) vem tudo pra cá (...) aí estou na **capela**, eu recebo a prescrição, acaba que você decora o nome de muitas crianças (...) e pelo **medicamento** também (Sujeito 14).

Segunda-feira é um dia muito agitado (...) aí você está com um enfermeiro dentro da **capela** (...) manipulando o **quimioterápico**, o enfermeiro que está de fora fica puncionando o cateter (...) acaba que a gente elege outras coisas como prioridade (...) pra nós é **capela** e o paciente estar no leito, o funcionário puncionando o cateter e a **quimioterapia** estar instalada (...) (Sujeito 7).

Eu que cuidava da parte administrativa (...) eu comprava **medicamento** (...) eu pesquisava preços (...) (14).

Vira uma mistureba (...) você é **farmacêutico** naquele dia, você é assistencial, você é um monte de coisa ao mesmo tempo (...) (Sujeito 13).

Outros estudos (NASCIMENTO et al., 2008; ALVES; LOPES; JORGE, 2008; LEDESMA-DELGADO; MENDES, 2009) igualmente reconhecem que as ações/interações/práticas de cuidado estão centralizadas nas tarefas estabelecidas pela organização e seguem rotinas preconizadas e funções instituídas em detrimento de um cuidado centrado nas necessidades do cliente, mostrando-se como elementos direcionadores do trabalho do enfermeiro. O PE é, então, realizado como ação de cuidado rotineiro.

Os enfermeiros expressam uma representação acerca do trabalho em equipe para de fato viabilizar a implementação da SAE. Desta forma, Peduzzi (2001) lembra que a comunicação entre os profissionais é o denominador-comum do trabalho em equipe, que decorre de uma relação recíproca entre trabalho e interação.

Neste sentido, os sujeitos enfermeiros invocam a elaboração de um projeto assistencial em que o trabalho em equipe seja construído por meio de uma intrincada relação entre a execução de intervenções técnicas e a comunicação entre os profissionais de saúde. Como aponta Peduzzi (2001), trata-se da perspectiva do agir-comunicativo no interior da prática.

Outro determinante para a deficiência na organização da assistência de enfermagem apresenta-se no dia da semana (segunda-feira) em que ocorre uma maior sobrecarga de atividades para a Equipe de Enfermagem, as quais, conseqüentemente, demandam o cumprimento dos procedimentos de internação, do preparo e da administração de medicamentos aos clientes que se encontram em processo terapêutico.

O enfermeiro assume importante papel na escuta dos pais, no esclarecimento/orientação de dúvidas quanto à doença/diagnóstico, cuidados de enfermagem e nutrição, sinais de sangramento, hereditariedade, hemofilia e uso de medicação. Para esse profissional, a participação da criança/adolescente e dos pais na consulta depende do grau de entendimento/compreensão a respeito desta. Esse primeiro contato da família com o profissional enfermeiro tem a finalidade de situá-la no contexto da doença e do tratamento.

Se ela quer chorar, teve **mãe** que veio aqui, chorou e falou: hoje eu não quero saber de nada, pra mim hoje está de bom tamanho o que eu fiquei sabendo (...) o próprio **pai e mãe**, é quando a **criança** já tem certo grau de entendimento maior, eu a deixo ficar junto (...) a **criança** recebeu o diagnóstico, a **mãe** já foi orientada sobre os **sinais** básicos de sangramento, sobre hereditariedade da hemofilia, para começar a situar essa família dentro da questão da doença (...) (Sujeito 14).

Porque o pai te interrompe, a **mãe** te interrompe, a **mãe** chora (...) o que eu como enfermeiro posso fazer, fica muito no plano de orientar essa **mãe**, se for o caso do paciente infantil, como é a grande maioria (Sujeito 13).

Porque as **mães** têm muitas dúvidas, o que é leucemia? O que é câncer, como cuidar? O que comer em casa? Então isso é feito (Sujeito 1).

Mãe os **sinais** precoces de sangramento, são esses e esses, no caso de sangramento (...) você vai medicar (...) já sabe qual o remédio (...) você vai recorrer a esse (...) é uma orientação de enfermagem (Sujeito 11).

O profissional médico é o principal elo na concretização da sistematização da Consulta de Enfermagem, pois, na primeira consulta do cliente, ocorre uma interação entre médico, enfermeiro, família e criança/adolescente. Todavia, os depoimentos revelam também a (des)valorização dos médicos quanto ao registro da consulta pelo enfermeiro no prontuário do cliente. Os enfermeiros, porém, reconhecem que as ações da consulta não devem estar focadas no referido registro nem na sua leitura por outros profissionais, mas, sim, na incorporação diária dessa prática para a valorização da profissão. A Prescrição e os Registros de Enfermagem são importantes e servem de instrumento e informação para o trabalho do médico e do enfermeiro, bem como para a assistência à criança/adolescente.

O **médico** é o nosso principal elo (...) ela pegava um paciente novo (...) me chamava na sala (...) fechava a porta e apresentava o paciente, dizia o diagnóstico (Sujeito 14).

Ela, a **médica** leu e falou: nossa, que bacana o que vocês estão fazendo, me chamou (...) e mais um enfermeiro que estava comigo (Sujeito 1).

E falou que estava legal aquilo (...) tem **médico** que não dá muita importância pra isso, tem **médico** que acha besteira, acha que só relatando a consulta que fez já está bom (...) acho que a gente não tem que fazer isso só para **médico** olhar. É para valorizar a nossa profissão, logo que isso se incorpore na vida da gente (Sujeito 14).

Ele fica numa prancheta a parte e todos os dias o **médico** pega essa prancheta quando ele senta ali pra prescrever o paciente (...) a quimioterapia do dia (Sujeito 14).

Ela (**médica**) não sabe disso (**consulta de enfermagem**) (...) eles não sabem direito, ela (**médica**) olhou e gostou, elogiou, tem outros que não, que passa batido aquilo (**consulta de enfermagem**) lá (Sujeito 14).

Não dá muita credibilidade para o que a gente anota (...) isso vai desmotivando as pessoas (...) porque você percebe que as coisas não são levadas a sério como você gostaria (Sujeito 15).

O atendimento da criança/adolescente é o foco principal das ações do enfermeiro na Consulta de Enfermagem e as intervenções estão na maioria das vezes centradas no trabalho em equipe e no agendamento/encaminhamento do cliente para outros profissionais (nutricionista, fisioterapia, assistente social e dentista).

Dependendo do que ela me falasse (...) eu já encaminhava a **criança**, para a **assistente social**, fazia o encaminhamento para o **dentista**, entregava tudo para ela e ela marcava lá embaixo (...) já orientava ela e ela marcava (...) com a **psicóloga** (...) para o **dentista**, para a **assistente social** e para a **nutrição** (Sujeito 14).

Como estratégias para o trabalho em equipe, são utilizadas as visitas ao leito dos clientes, os estudos/discussões de caso e o registro das ações dos profissionais no prontuário. No entanto, esses registros da Equipe de Saúde parecem não subsidiar o trabalho multiprofissional, pois as informações não são compartilhadas entre os profissionais. Tais registros são, assim, desvalorizados pela própria Equipe e até mesmo pelos enfermeiros que não lhes dão importância.

Na percepção do enfermeiro, a Evolução de Enfermagem registrada no prontuário é compreendida por outros profissionais como uma atividade que não compete a ele, o que revela o desconhecimento do papel do enfermeiro na Consulta de Enfermagem.

O enfermeiro, o psicólogo (...) a professora vai para o quarto (...) vai o médico (...) a equipe esclarece as dúvidas (...) a visita que (...) é um estudo de caso que pega o prontuário e reuni toda a equipe, médico, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, enfermagem e conversam sobre aquilo (...) é importante registrar (...) porque vai subsidiar alguma coisa e não está subsidiando nada (...) porque o nutricionista (...) o médico (...) o fisioterapeuta (...) o psicólogo não vê (...) (Sujeito 1).

Eu percebo que as pessoas (...) o médico, nutricionistas, interpretam a evolução como algo do enfermeiro e que não compete a ele, não tem nada a ver com ele (...) (Sujeito 4).

Acho que muitos poucos enfermeiros lêem o que está registrado pela enfermagem (Sujeito 11).

Segundo Alves, Lopes e Jorge (2008), a SAE é uma prática desconhecida por outros profissionais da Saúde e isto leva a uma fragmentação das ações entre estes, bem como a uma redução do cuidado como procedimento, visto que o que pode ter sido evidenciado como intervenção de Enfermagem, pelo enfermeiro, também existe como conduta por parte de outros profissionais. O enfermeiro, convém ressaltar, tem total autonomia no desenvolvimento desse processo de trabalho.

Desta forma, Backes et al. (2008) despertam para a necessidade de se vislumbrar a SAE como um fenômeno interativo e multidimensional, a partir de novos referenciais, teorias e práticas de Enfermagem que possam compreender a interatividade e a multidimensionalidade da assistência à saúde de forma ampla e complementar e que possam estabelecer vínculos entre as partes e a totalidade, pautada em processos interativos e práticas interdisciplinares capazes de compreender a sistematização de forma integral e interligada.

Em relação ao registro e à coleta de dados, identifica-se a necessidade de reorganização do trabalho pelo enfermeiro e pela Equipe Multiprofissional para a etapa da Entrevista e do Exame Físico do cliente.

Esse processo de investigação pelos profissionais tornou-se cansativo para o cliente, pois ele é submetido a uma série de perguntas e repetidas avaliações físicas por cada profissional da Equipe durante a internação ou primeira consulta. O cliente é visto nas particularidades do profissional, não havendo, entretanto, complementaridade das ações em equipe.

Há um desencontro na coleta de dados e no compartilhamento de informações a respeito do cliente e entre os diversos profissionais. Alves, Lopes e Jorge (2008), em seu estudo, corroboram com essas idéias, ao mencionarem que o trabalho compartilhado e interativo entre as diversas categorias de profissionais de saúde não existe no cotidiano dos serviços, pois cada profissional realiza sua atividade para a qual foi capacitado, inexistindo a complementaridade das ações.

Você comeu? (...) aí entra o **enfermeiro**, você comeu? Eu já respondi para a **nutricionista** (...) tenho que responder para o **médico** (...) muitas perguntas são as mesmas, se pegar a coleta de dados do **serviço social** com o da **nutrição**, com o do **médico**, como da **enfermagem**, muitas informações são as mesmas (Sujeito 7).

O **médico** vem, vem **nutricionista**, às vezes o **fisiatra** também, então é uma bateria de perguntas e isso cansa, as perguntas são repetidas, nem sempre se consegue estar junto coletando ao mesmo tempo (Sujeito 12).

Depois entra o **enfermeiro** faz a visita, quando chega ao quarto do paciente não agüenta mais responder o que comeu, se dormiu, se fez xixi (...) (Sujeito 7).

Para os enfermeiros, o trabalho em equipe multiprofissional assume uma importante (re)significação para a implementação da SAE, especialmente para a fase da Consulta de Enfermagem. Essa metodologia deve estar centrada em um trabalho coletivo, que depende de uma relação de reciprocidade entre as múltiplas e complexas intervenções técnicas do cuidado e da própria interação dos diferentes agentes profissionais, que, por sua vez, respondem às necessidades dos clientes e produzem a integralidade das ações em saúde.

Quanto à implementação das intervenções na Consulta e na etapa da Prescrição de Enfermagem, parece haver dúvidas entre os enfermeiros com relação à sua própria autonomia e atuação profissional na ação de prescrever e encaminhar os clientes para outros profissionais da equipe.

Eu (paciente) perdi um rim, porque eu não bebia água (...) e aí, como eu faço? Ele (paciente) me pergunta isso e eu fico, gente como eu vou **prescrever**? Eu comuniquei à nutricionista, mas eu enquanto **papel de enfermeira**, como que eu posso atuar nisso? (Sujeito 4).

Embora sujeito do processo de trabalho, os enfermeiros exercem uma autonomia técnica superficial para a implementação da Consulta de Enfermagem. Essa autonomia, segundo Peduzzi (2001), dá-se na esfera de liberdade de julgamento e na tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários. Convém registrar que a autonomia do enfermeiro, no contexto da Consulta de Enfermagem, se expressa de forma não interdependente em relação ao julgamento de outros agentes profissionais, o que revela falta de complementaridade e de colaboração no trabalho em equipe.

Nesse aspecto, cabe lembrar que a legislação citada (COFEN, 2002) não menciona quais as atividades que cada categoria pode desenvolver, cabendo destaque para a Prescrição de Enfermagem, que é definida como de atribuição dos enfermeiros. Aliás, as intervenções de enfermagem podem ser classificadas em intervenções dependentes, intervenções interdependentes e intervenções independentes. Assim, as interdependentes descrevem as atividades que o profissional enfermeiro realiza em colaboração com outros membros da Equipe de Saúde, tais como assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e médicos, o que de certa forma permite ao enfermeiro encaminhar o cliente a esses profissionais (INSTITUTO EDUCACIONAL SÃO PAULO, 2003).

A implantação efetiva da Consulta de Enfermagem depende de uma estrutura administrativa que possa organizar o agendamento e o encaminhamento das crianças/adolescentes para a primeira consulta com o enfermeiro. Sugere-se, inclusive, colaboração e participação do médico no sentido de orientar e encaminhar os clientes para essa Consulta.

Tinha que ter uma pessoa que ligasse direto (...) marcando aqui pra ele uma **consulta de enfermagem** junto com a primeira consulta médica, ou então, o médico aqui, que eu já pedi várias vezes para o médico encaminhar (...) então, nós não temos **agenda**, nunca tivemos **agenda** de enfermagem (...) sempre eu reclamava disso (...) ele (médico) já sabe que é a primeira vez, podia dar esse mesmo papelzinho (...) **encaminhamentozinho** (...) nós teríamos que ser como os outros servidores, como a nutrição tem uma **agenda**, então a enfermagem também tem que ter (Sujeito 14).

Algumas dificuldades são mencionadas pelos enfermeiros para a realização da consulta e das etapas da SAE nas Unidades de Internação, como: número reduzido de enfermeiros, alta rotatividade de clientes para internação e atendimento ambulatorial, tempo para registro das ações no prontuário, estrutura física inadequada para realizar a consulta, ausência de passagem de plantão, descontinuidade e fragmentação do processo, desconhecimento teórico entre os profissionais, recursos materiais inexistentes e desvio de função do enfermeiro.

Quando interna quatorze pacientes (...) o serviço é **capela** (...) eu vou admitir os pacientes na terça-feira porque não tem condições (...) se tiver outro **enfermeiro** aí sim (...) nós não tivemos ainda também o número suficiente de enfermeiros para sentar e organizar o serviço (...) nós não temos o **espaço físico**, aí eu tenho que pedir essa sala para doutora (...) (Sujeito 14).

E a admissão (...) quando dá **tempo** a gente faz (...) quando não dá **tempo** fica para terça-feira (Sujeito 7).

A minha dificuldade ficava mais no **tempo** para se desenvolver (...) quando se tem **tempo** e tranqüilidade para fazer (...) o problema é realmente parar para fazer (Sujeito 1).

Hoje a correria é tão grande que você não tem essa passagem de plantão (...) você deixar muito a desejar (Sujeito 15).

Eu acho que isso (SAE) é um contínuo (...) está fragmentado, sem destino, sem objetivo (...) (Sujeito 13).

Pela questão teórica que a gente não tem suficiente (...) aqui na reabilitação eu tinha que ter melhor **conhecimento** (...) (Sujeito 4).

Acaba Xerox, não tem **recurso** (...) a gente tem que ter uma quota, tem que ter as condições para que isso aconteça (Sujeito 10).

Enquanto a gente não tem uma **equipe** de farmacêutico, porque se tirassem a gente da **capela**, sobraria **tempo**, mas eles não tiram (Sujeito 12).

Para concluir essa classe, torna-se necessário o reconhecimento da tipologia do trabalho em equipe, ou seja, compreender a distinção entre as noções da equipe como agrupamento de agentes e da equipe como integração de trabalhos (PEDUZZI, 2001). Neste sentido, a implementação da SAE requer a superação da modalidade do trabalho agrupado para o trabalho integrado por meio do agir-comunicativo entre os diferentes profissionais, para se construir um projeto assistencial em comum.

5.2 EIXO 2 – AS DIFICULDADES PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA SAE

O eixo 2 apresenta as dificuldades para a operacionalização da SAE nas Unidades de Internação e na classe 2, nomeada “Dificuldades Intrainstitucionais”, onde identificam-se as barreiras e os entraves existentes no cenário hospitalar para a implementação da SAE.

5.2.1 Classe 2 – As Dificuldades Intrainstitucionais

A Tabela 14 apresenta as palavras com elevado X^2 para a classe 2, denominada “As Dificuldades Intrainstitucionais”, para desenvolver a SAE e as UCes que determinaram a formação desta.

Tabela 14 – Formas reduzidas e contexto semântico com maior grau de associação à classe 2 – As dificuldades intrainstitucionais

FORMAS/PALAVRAS	X ²	CONTEXTO SEMÂNTICO
Ach+	68	Acham, achar, achava, achavam, achei, acho, achou
Sae	48	SAE
Dificuldade	40	Dificuldade, dificuldades
Grupo+	36	Grupo, grupos
Vej+	31	Veja, vejo
Conheci+	30	Conhecimento, conhecimentos
Client+	24	Cliente, clientela, clientes
Quest+	22	Questão, questões
Treinement	21	Treinamento
Fator+	19	Fator, fatores
Das	18	Das
Membro+	17	Membro, membros
Trabalh+	17	Trabalho
Exist+	16	Existe, existem, existia, existiam, existir, existisse
Profissiona	16	Profissionais
Falt+	14	Falta, faltam, faltando, faltou
Momento+	14	Momento, momentos
Diagnóstic+	14	Diagnósticos
Formulário	14	Formulário, formulários

A classe 2 contém UCEs selecionadas, predominantemente dos sujeitos 4, 9, 10, 13 e 15, do sexo masculino, na faixa etária de 31 a 35 anos e de 41 a 50 anos, e dos enfermeiros especialistas e mestres que trabalham nas UR, UC e na supervisão de todas as unidades. As falas expressam as dificuldades institucionais vivenciadas pelos enfermeiros no cotidiano de suas práticas para executar a SAE.

O Programa Alceste reuniu para essa classe as palavras de significado X2: SAE, dificuldade, grupo, conhecimento, cliente, questão, treinamento, membros, trabalho, profissionais, diagnóstico e formulário, que expressam, na concepção dos enfermeiros, os elementos característicos do contexto vivenciado por eles na difícil implementação da metodologia assistencial.

Para as transformações na prática da SAE, vale destacar, torna-se imprescindível o reconhecimento das dificuldades relacionadas à sua aplicação nas Unidades de Internação.

Tais dificuldades estão presentes na desorganização do trabalho em grupo, no desconhecimento teórico dos profissionais, na complexidade da etapa do Diagnóstico de Enfermagem, na deficiência do serviço de educação permanente e no número reduzido de recursos humanos para sua aplicação.

Emerge dos discursos a dificuldade coletiva dos enfermeiros relacionada à falta de conhecimento teórico da SAE e das patologias, uma vez que não há uma compreensão nem do processo em sua totalidade, o que faz com que o enfermeiro não adote tal metodologia assistencial em sua prática diária. O desconhecimento do conteúdo teórico é um outro fator dificultador, gerando nesse profissional insegurança para prescrever os clientes/famílias quanto a suas necessidades. Inclusive, os enfermeiros não sabem o que prescrever. O resultado disto é uma valorização, por parte do enfermeiro, do conhecimento acerca da patologia/doença, conforme sua área de internação, para de fato atuar e aplicar as etapas da SAE.

Falta preparo e **conhecimento** dos profissionais (...) (Sujeito 9).

Você tem uma demanda que (...) nem sempre tem o **conhecimento** necessário pra ir ao seu cliente junto ao acompanhante (...) pela SAE eu percebi isso (Sujeito 8).

É acho que realmente a gente precisa debater mais, **conhecer** mais, trazer, mais **conhecimento** (...) (Sujeito 10).

Eu acho que o grande x da questão está no **conhecimento** científico pra gente poder levar a SAE com segurança e com compreensão da sua importância (...) tenho **dificuldade** em função de **conhecimento** teórico (...) algum tipo de patologia, de diagnóstico (...) acho que há insegurança muito pela questão da falta de **conhecimento** pra se prescrever bem (...) uma das coisas que mais **dificulta** a prescrição é a falta de **conhecimento** da patologia, da doença, da necessidade (...) você não sabe o que você pode prescrever (Sujeito 4).

Porque eu acho que a gente quando faz algo sem compreender a importância daquilo, você sente necessidade de aplicar (Sujeito 4).

É cursos (...) acho que talvez não seja só **dificuldade** minha, mas também pode ser dos outros (Sujeito 3).

Alguns estudos (CARVALHO et al., 2007; TAKAHASHI et al., 2008; POKORSKI et al., 2009) confirmam dificuldades pautadas na falta de conhecimento teórico dos passos da SAE, na deficiência do conhecimento e aplicação da Prescrição de Enfermagem, assim como no desconhecimento da metodologia por parte dos auxiliares e técnicos em enfermagem.

Os enfermeiros relatam que outras dificuldades estão associadas à desorganização do próprio grupo no processo de trabalho e, enquanto elemento da Equipe de Enfermagem, à forma como a metodologia foi organizada, sobrecarregando mais os enfermeiros que desempenham as atividades assistenciais e impossibilitando a execução da SAE. Além disso, a falta de estruturação do trabalho em equipe, do compartilhamento de problemas, do envolvimento, do interesse, do compromisso, da seriedade, da interação e da união por parte de todos os profissionais contribui para a não-realização de algumas etapas da metodologia. Essa dificuldade do grupo torna-se maior porque existem opiniões divididas sobre essa metodologia entre os enfermeiros.

Eu acho que a dificuldade é a gente se organizar enquanto **grupo** (...) compartilhando **nossos** problemas e a partir disso criando soluções (...) (Sujeito 4).

Eu acho que isso sobrecarregou mais o **grupo** na assistência e pode ter sido um dos fatores que tenha contribuído pra diminuição da realização de todas as etapas da SAE (...) eu sinto falta do **grupo** com um todo, de aplicar, porque antes a gente tinha aquele ritmo, hoje acho que está perdendo (Sujeito 12).

Primeiro eu acho que é criar um **grupo**, criar um **grupo** técnico, que são todos os enfermeiros (...) (Sujeito 10).

Se os **profissionais** não estiverem envolvidos nessa questão, fica difícil implementar mesmo (Sujeito 9).

A única coisa que eu vejo de dificuldade é que a gente percebe que ainda não existe uma seriedade no serviço de enfermagem em relação aos outros **profissionais**, as outras disciplinas (Sujeito 15).

Eu acho que a falta não só minha, é falta realmente de interesse **nosso** em implantar a SAE (Sujeito 3).

Eu acho que o **grupo** é bem dividido, as opiniões são bem divididas (...) a respeito da SAE (...) da aplicação dela (Sujeito 7).

No processo de trabalho do enfermeiro, autores (CARVALHO et al., 2007; CASTILHO; MOURA; RABELO; SAMPAIO, 2008; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009; POKORSKI et al., 2009; AMANTE; ROSSETO; SCHNEIDER, 2009) enumeram que ocorrem também dificuldades instituídas na alta rotatividade dos trabalhadores, na sobrecarga de atividades da Equipe de Enfermagem, no desvio e indefinição do papel do enfermeiro, no elevado número de clientes internados para atendimento de Enfermagem e na falta de consenso entre os próprios enfermeiros quanto à participação dos técnicos e auxiliares de enfermagem na aplicação da SAE.

Existem igualmente dificuldades relacionadas ao quantitativo de enfermeiros existentes nas Unidades de Internação não só para atender à demanda e necessidades dos clientes, mas também no que diz respeito à organização e planejamento da SAE. Além das dificuldades com os recursos humanos, destaca-se também a descrença desses profissionais na utilização dessa metodologia.

Outro tipo de dificuldade decorre do pouco investimento da própria instituição na educação permanente em serviço através de uma capacitação (treinamento, curso e estudo de caso) direcionada para a SAE, com enfoque multiprofissional e contínuo.

E como aqui, na maioria das vezes ficam dois enfermeiros, acaba que não se faz isso, não faz como deveria ser (...) é aquilo que falei, acho que é a falta de **recursos humanos**, de **treinamento** (...) você tem dificuldade desde pessoal, da pessoa não acreditar que aquilo ali vai ser útil (...) (Sujeito 7).

O que eu sinto hoje é que nós passamos por um período que a dificuldade foi o número de pessoal devido à **demandado serviço** (...) (Sujeito 12).

Porque tem a questão do **fator humano**, que uma hora tem número x, outra hora tem um número ímpar e aí enfim, isso dificulta muito (...) tem que ter **treinamento** e **capacitações** mais freqüentes, com **educação em serviço**, tentar trazer conhecimentos de outros profissionais (Sujeito 10).

Então eu acho que são duas grandes lacunas que a gente tem: **materia humano e educação** (...) (Sujeito 13).

A dificuldade é que a gente não teve ainda um **curso** voltado apenas para a SAE (...) (Sujeito 15).

Agora **treinamento** para SAE nós nunca tivemos que eu me lembre, só se eu estiver com a memória ruim (Sujeito 14).

Existe pouco investimento na questão da gente sentar para **estudar**, estudo de caso para a gente desenvolver, analisar (...) (Sujeito 4).

Outros estudos (CARVALHO et al., 2007; TAKAHASHI et al., 2008; MOURA; RABÊLO; SAMPAIO, 2008; NASCIMENTO et al., 2008; CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009; POKORSKI et al., 2009; AMANTE; ROSSETO; SCHNEIDER, 2009) também assinalam dificuldades relacionadas não só com os recursos humanos insuficientes para efetuar todas as etapas da SAE, mas também com o tempo despendido pelo profissional para a Assistência de Enfermagem e com o tempo necessário para a descrição dos registros de enfermagem e aplicação desse método assistencial.

Com relação à complexidade do processo de aplicação da SAE, na prática, os enfermeiros identificam dificuldades associadas à deficiência no acompanhamento do cliente por parte deles e à descontinuidade em sua execução, o que compromete a metodologia, pois essas etapas são dependentes, interdependentes e interligadas.

Além disso, há uma subutilização e desvalorização de toda a documentação gerada por essa metodologia e uma falta de visibilidade e interação com outros profissionais, o que também desestimula o grupo de enfermeiros para sua realização.

Neste caso, existe também uma dificuldade relacionada à dependência de outro profissional para complementar as ações planejadas pelo enfermeiro, pois não há qualquer interação entre os membros da Equipe de Enfermagem.

Uma etapa **depende** da outra, elas são interdependentes, são interligadas, se você **quebra** uma etapa, você não consegue sistematizar toda a SAE (...) (Sujeito 10).

É uma dificuldade que acaba desestimulando o grupo de realizar, acho até que ela (SAE) está subutilizada mesmo (...) porque eu considero que não existe o enfermeiro assistencial daquele paciente (...) porque a gente não **acompanha** o paciente (Sujeito 4).

Porque eu dependo daquele profissional para **complementar** o trabalho todo da SAE (...) (Sujeito 9).

Você vê que eles (auxiliares de enfermagem) não têm **interação** nenhuma (Sujeito 8).

No que se refere aos estudos (CARVALHO et al., 2007; MOURA; RABÊLO; SAMPAIO, 2008; NASCIMENTO et al., 2008) que evidenciam dificuldades relacionadas à complexidade da SAE, cita-se ainda que o processo é burocrático, mecanizado, rotinizado e possui múltiplas abordagens para coleta de dados e diversas taxonomias de classificação da prática de Enfermagem, o que explica a falta de compreensão por parte dos profissionais.

Dentre as etapas da SAE, convém ressaltar, há uma maior deficiência na realização da etapa do Diagnóstico de Enfermagem. Um dos motivos para a sua não-realização é o próprio desconhecimento do diagnóstico entre os enfermeiros. Esta, inclusive, é considerada uma etapa distante da realidade. Existe mesmo um certo desconhecimento e confusão para aplicar e nomear os diversos diagnósticos aos problemas e necessidades dos clientes. Além disso, falta clareza quanto ao emprego dos diagnósticos de enfermagem a fim de se poder direcionar a assistência ao cliente. Os componentes do diagnóstico, principalmente os fatores a ele

relacionados, são considerados semelhantes e geram dúvidas na sua análise e utilização. Há também dificuldades para a memorização dos diversos títulos de diagnósticos existentes na classificação da NANDA. Por isso, busca-se um caminho ou uma forma mais simples e objetiva para aplicar essa etapa na prática assistencial.

Eu acho que tenho menos conhecimento, **dificuldade** de compreensão (...) eu não consigo sentir como uma coisa real dentro da nossa realidade (...) em relação ao **diagnóstico de enfermagem** (Sujeito 12)

Eu acho que (...) não tenho clareza quanto a esses **diagnósticos** para eu direcionar ao paciente (Sujeito 10).

Não se faz **diagnóstico** porque **desconhece** que (...) é um problema, é uma necessidade que tem que ser vista (Sujeito 4).

Eu me sinto perdida no **diagnóstico** por conta disso (...) **falta conhecimento** (...) (Sujeito 1).

O **diagnóstico** acho muito **confuso**, o NANDA, acho que existe (...) outras formas (...) mais interessantes e mais simples, mais objetivas (Sujeito 7).

A **dificuldade** maior (...) é mais em relação ao **diagnóstico** (...) tem uns que são simples, apesar de que tem uns que confundem (...) (Sujeito 3).

Acho que esse seja o ponto mais **difícil** de lidar pelo próprio **desconhecimento** (...) mas eu tenho muita **dificuldade** em lidar com **diagnóstico** (Sujeito 13).

Dentro dos **diagnósticos** (...) os fatores que são bem parecidos (...) e geram muita **dúvida** (...) em termos de **diagnóstico** (Sujeito 9).

Com relação às etapas da SAE, os estudos (TAKAHASHI et al., 2008; CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009; POKORSKI et al., 2009) apresentam dificuldades principalmente na coleta de dados durante a entrevista dos clientes, no registro do exame físico e da avaliação da ausculta cardíaca e pulmonar, na realização da fase do Diagnóstico de Enfermagem e da identificação de suas características definidoras, na definição de resultados esperados para o planejamento da assistência e na execução da Prescrição de Enfermagem pela Equipe.

Os relatos abaixo apontam para dificuldades de utilização e aplicação dos formulários da SAE, principalmente nas etapas do Histórico, da Prescrição e do Diagnóstico de Enfermagem. No geral, os impressos, além de se encontrarem indisponíveis, apresentam-se com dados incompletos, repetitivos e não são direcionados para todas as patologias atendidas nas unidades, tornando-se então subutilizados e exclusivos da enfermagem.

A **dificuldade** que eu acho (...) da **falta** de coleta de **dados** (Sujeito 6).

Os **formulários** não são adequados (...) para aquelas patologias de um modo geral (...) a **dificuldade** maior é você adaptar os **formulários** (...) as patologias diversas que a gente tem (Sujeito 15).

A gente se pega com alguns **dados** que não estão ali (Sujeito 1).

O **formulário** (...) ele fica subutilizado (...) você não olha mais para aquilo, ou ele fica muito exclusivo da enfermagem (Sujeito 3).

Em relação à etapa do Histórico de Enfermagem, percebe-se que o levantamento de dados de algumas necessidades (lazer e religião) não é empregado no planejamento da Assistência de Enfermagem, nem o seu formato, fechado e pré-estabelecido, possibilita a descrição de todas as informações do estado do cliente.

Na etapa da Prescrição, o formulário não apresenta espaço para o registro de observações de Enfermagem e as intervenções prescritas não atendem aos problemas/necessidades identificados, principalmente aqueles relacionados com as necessidades emocionais e com a totalidade do indivíduo. Com relação ao formulário de diagnóstico, este é desconhecido, não sendo, portanto empregado pelos enfermeiros.

É uma **prescrição** que não atende a grande maioria de problemas que você identifica (...) não atende aspecto emocional (...) da pessoa como um todo você levanta a questão do lazer (...) da espiritualidade, você não atende nada daquilo (Sujeito 11).

O pessoal usa aqui alguns **formulários** pra trabalhar com lesado medular e eles não me servem na íntegra (...) (Sujeito 13).

Não tem local para **anotar** observações (Sujeito 4).

Ela não pode se resumir a **formulário** com itens e parênteses para a gente marcar (...) (Sujeito 13).

O **diagnóstico** (...) o **formulário** eu nunca utilizei (...) (Sujeito 6).

No **formulário** pré-estabelecido, você perde tudo do doente (Sujeito 10).

Para superar essas dificuldades, os enfermeiros assinalam algumas mudanças na metodologia. Inicialmente fica evidente a necessidade de conscientização e sensibilização do grupo de enfermeiros quanto ao entendimento do conceito e importância da SAE. Outra sugestão dada por eles refere-se à adoção de estratégias para implantação da educação permanente em serviço, de forma contínua, através do grupo de estudos, treinamentos, reuniões, debates e compartilhamento do conhecimento entre os profissionais e especialistas que atuam nessa área.

Posteriormente, tornam-se imprescindíveis a mobilização, a divulgação, a interação e o envolvimento de todos os profissionais de Enfermagem, da Equipe e também das Diretorias e Chefias, no que diz respeito aos aspectos que envolvem a SAE.

Aponta-se, além disso, para o investimento e a adequação dos recursos humanos na instituição. Parece haver a necessidade de se legitimar um grupo técnico de trabalho que possa conduzir o processo de implementação da SAE, como também um grupo fixo de enfermeiros que possa atuar diretamente no planejamento e assistência ao cliente.

Ainda com relação às etapas da SAE, principalmente as do Histórico, do Diagnóstico e da Prescrição de Enfermagem, há uma demanda importante quanto à sua reorganização de forma simples e prática e quanto a um trabalho a longo prazo para cada etapa.

Acho que o que está faltando na SAE é isso, é atribuir a ela a importância que ela tem (...) mudança de comportamento (...) **conscientizar** da importância (...) precisa adequar os recursos humanos (...) (Sujeito 7).

Acho que realmente a gente precisa debater mais, **conhecer** mais (...) buscar pessoas que são referenciais para enriquecer esses debates (...) (Sujeito 10).

O momento é agora, de pegar e retomar, ter **novos estudos**, voltar ao **grupo de estudo** (...) fazer **estudo de caso** (...) (Sujeito 12).

A **interação** dos outros profissionais da enfermagem junto a esse processo da SAE (...) eles participam só da execução e não da construção (Sujeito 6).

Estudar, organizar formas para facilitar (...) o **diagnóstico**, a anamnese e a **prescrição** (...) eu acho que reunião modificaria muito a qualidade da assistência aqui (Sujeito 4).

Primeiro, trabalhar com os profissionais enfermeiros (...) trazer uns profissionais técnicos (...) (Sujeito 9).

Eu acho que criar um **grupo técnico** (...) legitimar o **grupo** de enfermeiros como o grupo que implementa a sistematização (...) cabe a nós enfermeiros divulgarmos esse **conhecimento** para os outros da equipe (...) (Sujeito 10).

Retomar o caminho de entender mesmo **o que é a SAE** (Sujeito 9).

Eu acho que **envolver** também esses outros profissionais (Sujeito 6).

Eu acho que você tem que ter mais ou menos o **grupo fixo** e mais tempo próximo ao doente (Sujeito 11).

Tem que ter uma **conscientização** primeiro da diretoria (...) com a chefia do hospital (...) (Sujeito 15).

Castilho, Ribeiro e Chirelli (2009) afirmam que o processo de implantação e implementação da SAE nas instituições hospitalares demanda um modelo de gestão participativa que permita o envolvimento de toda a Equipe de Enfermagem na preparação dos instrumentos, na organização e na formação de grupos de trabalho para a elaboração de um modelo assistencial. Além disso, afirmam ainda os mesmos autores, esse processo deve iniciar-se a partir de um único setor da instituição e com a escolha de um grupo de clientes de determinada área de uma especialidade. Faz-se indispensável, ainda, o apoio institucional, os recursos humanos adequados e a elaboração de manuais e rotinas para padronizar o cuidado.

5.2.2 Classe 3 – As Limitações Extrainstitucionais

A Tabela 15 apresenta as palavras com elevado X^2 para a classe 3 – As Limitações Extrainstitucionais para implementação da SAE e as UCEs que possibilitaram a sua categorização.

Tabela 15 – Formas reduzidas e contexto semântico com maior grau de associação à classe 3 – As Limitações Extrainstitucionais

FORMAS/PALAVRAS	X ²	CONTEXTO SEMÂNTICO
Gradu+	166	Graduação, graduada
Estagio+	154	Estágio, estágios
Experiência	107	Experiência
Cont+	96	Contar, contatos
Professor+	84	Professor, professora, professores
Hospital+	78	Hospital
Semestre	71	Semestre
Saúde	62	Saúde
Introdução	62	Introdução
Faculdade+	57	Faculdade, faculdades
Cirurg+	51	Cirurgia, cirurgias, cirúrgica, cirúrgico
Periodo+	50	Período, períodos
Hospitais	50	Hospital
Paul+	43	Paulinho, Paulo
Brasil+	43	Brasil, Brasília
Sistematiz+	42	Sistematização
Santa	41	Santa
Inclusive	41	Inclusive
Universitari+	41	Universitária, universitário

Para esta classe, o Alceste incorporou as formas reduzidas de maior X² que definem as dificuldades relacionadas com a formação profissional do enfermeiro para a implementação da SAE. São elas: graduação, estágio, experiência, contatos, professor, hospital, semestre, saúde, introdução, faculdade, cirurgia, período, Brasília, sistematização e universitário.

A classe 3 apresenta UCEs extraídas predominantemente do sujeito 1, na faixa etária de 31 a 35 anos e que compartilha das limitações no ensino da SAE em sua formação profissional.

Na Graduação em Enfermagem, o ensino da SAE é mínimo, curto, limitado, restrito e precário, sendo, inclusive, dada pouca importância para o seu uso durante toda a formação educacional do estudante. A metodologia tem sido pouco exigida, estando concentrada principalmente nas disciplinas introdutórias do curso e sem um maior aprofundamento. Esse ensino é direcionado para o conteúdo teórico e não para sua aplicação prática nos estágios disciplinares. E mais: a maior preocupação

dos docentes está focalizada no desenvolvimento de habilidades e de técnicas em Enfermagem entre os estudantes.

Outro motivo apontado para o ensino deficiente da SAE refere-se à ausência e deficiência de hospitais-escolas que de fato apliquem as metodologias de Assistência em Enfermagem. Parece que sua utilização está limitada ao interesse e conhecimento de alguns docentes que dominam o tema e que o utilizam em suas disciplinas de forma isolada. Destaca-se ainda, que na Graduação não se utilizava o termo SAE e sim o PE.

O único **contato** que eu tive na **graduação** foi durante essas matérias que a gente teve que fazer (...) (Sujeito 5).

Na **graduação** foi bem restrito, curto (...) (Sujeito 9).

Minha **experiência** na **graduação** foi (...) precária, não foi bem trabalhada dois períodos que tinha matéria sobre SAE (Sujeito 4).

Na **graduação** e desde os primeiros dias de aula, inclusive o primeiro **estágio**, a primeira matéria foi a SAE (...) (Sujeito 1).

Na **graduação** eu tive muita pouca **experiência**, só de ver mesmo, a gente não chegou a aplicar (...) foi precária (...) (Sujeito 6).

O primeiro baque foi ver que no hospital escola não tinha o processo, a SAE implantada (Sujeito 8).

A gente tem uma noção (...) a título de currículo e pronto (Sujeito 15).

Na **graduação** foi o mínimo, o mínimo mesmo, inclusive não se usava esse termo SAE, era o processo de enfermagem (...) (Sujeito 7).

Só foi um pouco na **graduação** (...) como se fosse uma apresentação (...) não chegamos a uma aplicação mais profunda ou com vários pacientes ou meses avaliando, muito pouco (Sujeito 6).

Eu achei que foi péssima, eu quase não tive, eles não deram muita importância para isso. A **faculdade** que eu estudava parecia que focava mais na assistência mesmo (Sujeito 14).

Segundo Carvalho et al. (2007), na formação acadêmica do estudante de Enfermagem, falta padronização do ensino das etapas da SAE (coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação), predominando uma abordagem em disciplinas isoladas no cenário das escolas. Além disso, a dinâmica de ensino não favorece a sua relação em tempo real com a própria assistência de enfermagem desenvolvida pelo aluno (os estudos de casos são desenvolvidos ao término do contato do aluno com o cliente).

No ensino, as experiências de aplicação da SAE estão limitadas aos primeiros estágios e últimos estágios e às disciplinas do Curso de Graduação em Enfermagem. Isso reflete a concentração de conteúdos da SAE em apenas alguns momentos da formação acadêmica e a descontinuidade do próprio ensino dessa metodologia durante toda a formação do estudante/discente.

A sistematização (...) nós vimos pouco, no último **semestre**, que nós tivemos administração (...) (Sujeito 14).

No primeiro **período**, meu primeiro **estágio** (...) os demais (...) não se falou mais em sistematização (Sujeito 1).

Foi apenas na **primeira disciplina**, nas outras até tentaram (Sujeito 1).

Então quando a gente fazia Introdução à Enfermagem, no primeiro **estágio** era um trabalho bastante amplo (...) (Sujeito 13).

Desta forma, estudos (DAMACENO et al., 2009) apresentam sentimentos de desapontamento e frustração dos estudantes, pois, embora a Academia realize a SAE, os enfermeiros do serviço não a executam, priorizando as ações de cuidados prescritos por outros profissionais.

O conteúdo teórico desse modelo de assistência se apresenta mais fortemente ligado às disciplinas de Introdução à Enfermagem, Enfermagem em Clínica Médica, Enfermagem em Clínica Cirúrgica, Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva, Enfermagem em Centro Cirúrgico e Administração em Enfermagem.

A maioria dos enfermeiros procura justificar a carência de experiências práticas com a SAE referindo-se ao fato de existirem poucos serviços que aplicam essa metodologia no Brasil, no DF e nas instituições de Ensino Superior em que foram formados. Além do mais – costumam afirmar – as poucas experiências apreendidas e vivenciadas foram adquiridas na própria instituição em estudo, nas Unidades de Terapia Intensiva, Programas de Pós-Graduação, Programa de Saúde em Casa e hospitais privados. E tem mais: essas experiências se restringiram a prática da SAE nas instituições de ensino tanto públicas quanto particulares, como também, da realização das etapas da Prescrição e Evolução de Enfermagem.

O único contato que eu tive na graduação foi durante (...) esse período (...) foi na **clínica médica e clínica cirúrgica** (...) **centro cirúrgico** (Sujeito 5).

A gente fazia SAE dentro da **unidade de terapia intensiva adulta** (...) em dois hospitais privados (Sujeito 9).

Vim ter essa experiência aqui (...) (Sujeito 3).

Trabalhei muitos anos em **área de terapia intensiva** onde essa parte de sistematização funcionava muito bem com os enfermeiros (Sujeito 11).

Eu fui para o **hospital universitário** e a gente começou a tentar implementar (...) (Sujeito 10).

Eu fui trabalhar no **saúde em casa** e eu mesma sistematizei (Sujeito 2).

Eu trabalhei nas **UTIs** e lá a gente fazia evolução e prescrição, nada mais (...) (Sujeito 4).

As limitações de aplicação da SAE na prática estão associadas aos campos de estágios que não contribuem de fato para a implantação e organização da assistência ao cliente, uma vez que esses campos são usados apenas como cenários de aprendizagem, não incorporando essas para o desenvolvimento de suas atividades e habilidades profissionais. O ensino da SAE tem sido empregado pelos docentes apenas como um dispositivo de cobrança no processo ensino-aprendizagem a serem avaliadas durante a formação profissional dos discentes.

A gente sabia que ia fazer esse trabalho na SAE (...) com **avaliação** de todos esses professores (Sujeito 5).

O primeiro **estágio** foi o que eu tive e depois (...) me cobraram esse trabalho final (...) (Sujeito 1).

Eu fiquei muito **presa a nota**, uma apresentação que seria dada para toda a sala (...) (Sujeito 5).

Mas o nível de **exigência** da professora era bastante **rigoroso** (...) (Sujeito 12).

Aplicamos aquele **processo em alguns casos**, mas nada que fizesse com todo o paciente que você fosse assistir (...) aplicamos em **alguns pacientes** para aprender como é que fazia (...) (Sujeito 11).

Em outro estudo, Ledesma-Delgado e Mendes (2009) afirmam que a SAE é ensinada com poucos pacientes, fazendo o passo-a-passo em situações escolhidas, como um saber com limites na sua aplicação à realidade profissional.

As estratégias de intervenção de enfermagem escolhidas, para os alunos, durante o ensino do Processo de Enfermagem têm sido predominantemente restritas à realização de procedimentos, cumprimento de normas e rotinas e prática de educação em saúde, centrada no modelo bancário, não se atendendo às necessidades individuais, mas às características da especialidade ou aos procedimentos a que pessoa será submetida (CARVALHO et al., 2007).

No ensino, ainda são evidenciadas limitações relacionadas à utilização de referencial teórico, às Classificações em Enfermagem e às etapas da SAE. Os referenciais teóricos que dão sustentação científica à metodologia foram, inclusive, pouco trabalhados, havendo uma ênfase no conhecimento e aplicação de um único modelo conceitual: o de NHBs, de Horta.

Das Classificações em Enfermagem, enfatizou-se apenas a experiência com a classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA.

Com relação às etapas da SAE, os enfermeiros relatam conhecimentos na aplicação dos impressos de Coleta de Dados, principalmente dos dados sociais do cliente, do Diagnóstico, da Prescrição e da Evolução de Enfermagem. Em relação ao Diagnóstico, os enfermeiros relatam dificuldades na sua aprendizagem durante a formação na Graduação.

Mas onde o eixo básico era o **material da Wanda** que era muito bem aceito e que eu acho que bem aplicado funciona até hoje (...) a gente trabalhava segundo a **NANDA** (...) era só aquilo ali (...) e vai fazer isso (...) foi onde eu tive contato com prescrição de enfermagem, que no início era uma coisa muito teórica pra mim (...) (Sujeito 13).

Foi apenas na **primeira disciplina** (...) e hoje vocês tem que trazer **NANDA**, porque hoje nós vamos trabalhar (...) (Sujeito 1).

Você pegava um paciente de clínica (...) e investigava tudo, quando entrava em hábitos de vida, entrava em características da residência dele, onde ele morava e com que ele morava (...) (Sujeito 13).

A **evolução** do paciente direto com a **prescrição**, eu conheci (Sujeito 2).

A experiência foi na verdade, que a gente aplicava a **NANDA**, também para ver o diagnóstico e a prescrição, e foi essas **duas fases**, não foi todas as fases (...) (Sujeito 6).

Uma professora no estágio (...) dizia como fazer (...) escreve dessa forma como usar a **NANDA?** (...) (Sujeito 6).

Deixaram a gente em dúvida na questão do **diagnóstico**, na questão da **evolução**, essa parte de problemas de enfermagem (...) (Sujeito 9).

Há uma dicotomia e um descompasso entre o ensino da SAE e a prática de Enfermagem no cotidiano hospitalar (BACKES et al., 2008). A maioria dos docentes do Curso de Graduação em Enfermagem ainda tem praticado esse ensino segundo o modelo biomédico, com ênfase na estrutura biológica afetada ou na doença (TAKAHASHI et al., 2008).

5.3 ANÁLISE DA POSIÇÃO DOS SUJEITOS ENFERMEIROS EM RELAÇÃO AO REFERENCIAL TEÓRICO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Uma das formas de se vir a captar as representações sociais aparentes se dá através da técnica de Análise Fatorial de Correspondência (AFC), que possibilita visualizarem-se as posições e oposições dos sujeitos no plano fatorial, de forma a complementar as informações dos discursos anteriormente demonstrados por meio da CHD. Assim, na Figura 5, indica-se o plano fatorial, as classes e suas denominações, as palavras, as Unidades de Internação, o sexo, a idade e o nível de escolaridade dos sujeitos.

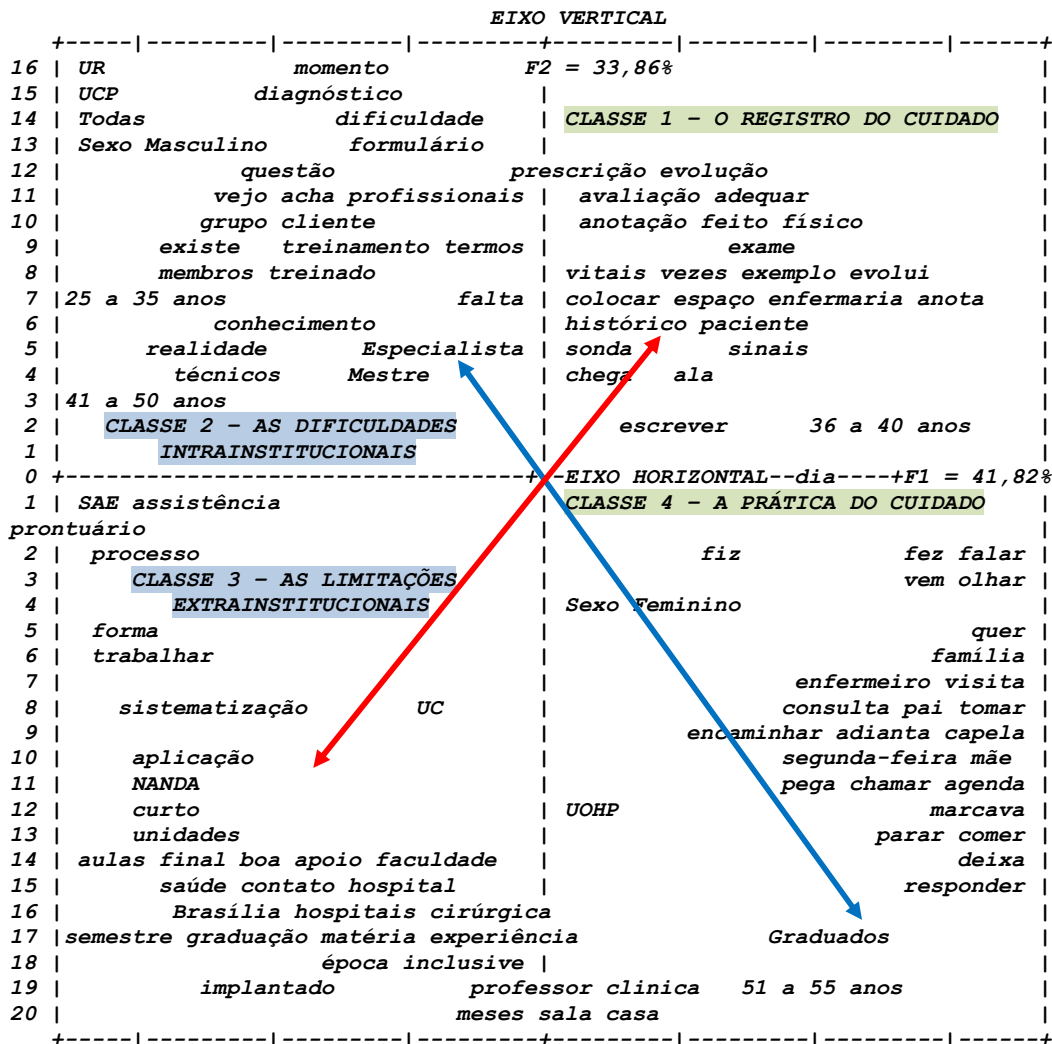


Figura 5 – Projeção das palavras analisadas no plano fatorial a partir das variáveis

A AFC é uma técnica de descrição de tabelas cruzando-se o vocabulário e as classes. Obtém-se assim uma representação gráfica através de eixos que possibilita descreverem-se as ligações existentes entre diferentes variáveis qualitativas, em busca de uma idéia global ou de grandes fatores dos dados recolhidos.

Por um lado, tal técnica também possibilita visualizarem-se as oposições existentes entre as falas produzidas pelos sujeitos e, por outro, as relações entre as falas dos sujeitos e as variáveis suplementares, tais como: sexo, idade, inserção social, etc. (RIBEIRO, 2005).

Essa análise viabilizou estabelecer as relações entre algumas variáveis do grupo estudado que contribuíram para a formação dos dois eixos e os discursos dos enfermeiros que atuam e desenvolvem as atividades da SAE nas Unidades de Internação, que resultaram na identificação da posição desses sujeitos no grupo social.

Desta forma, os resultados da projeção das palavras nos quadrantes demonstram que algumas variáveis influenciam o desempenho dos enfermeiros para a implementação da SAE nas Unidades referidas.

A partir desta distribuição, é possível observar as relações existentes entre as quatro classes formadas, através de sua proximidade ou distanciamento dos eixos fatoriais.

Os resultados evidenciam que, em relação ao F1, as classes 1 e 2 se opõem às classes 3 e 4; e, em relação ao F2, as classes 1 e 4 estabelecem uma relação de oposição com relação às classes 2 e 3. Observa-se também que o plano F1 é mais explicativo do que o F2, tendo em vista o maior número de variáveis nesta posição e o maior número de UCE (41,82%).

Os resultados indicaram a presença de dois grandes fatores.

Como pode ser observado na Figura 4, o primeiro fator (superior, no plano fatorial) agrupa as falas em torno das práticas e etapas da SAE e as dificuldades institucionais para sua implementação; o segundo fator (inferior, no plano fatorial) agrupa as falas sobre a prática do cuidado e as limitações na formação profissional.

As relações de oposição entre esses fatores revelaram a presença de duas dimensões. A primeira (seta azul) trata das dificuldades existentes na instituição para a implementação da SAE, opondo, de um lado, os fatores que interferem na execução dessa metodologia assistencial; e, de outro, as práticas do cuidado, que congregam as ações do cotidiano do enfermeiro na assistência ao cliente e à família

e no trabalho em equipe, apontando para o trabalho concreto desse profissional e para o contexto das suas relações atinentes à profissão.

No primeiro polo – As Dificuldades Intrainstitucionais –, encontram-se, sobretudo, os sujeitos enfermeiros do sexo masculino, especialistas e mestres, com idades entre 25 e 35 anos e 41 e 50 anos e que atuam na UR e na UCP, e aqueles que atuam como plantonista em todas as Unidades de Internação. Já o segundo polo dessa dimensão – A Prática do Cuidado – vincula-se aos sujeitos enfermeiros do sexo feminino, graduados, com idade entre 51 e 55 anos e que trabalham na UOHP.

Uma segunda dimensão (seta vermelha) trata do registro do Cuidado de Enfermagem, opondo, de um lado, as etapas que compõem o registro do PE e, de outro, as dificuldades existentes na formação profissional para de fato implementar e executar na prática o Histórico, a Prescrição, a Evolução e a Anotação de Enfermagem, de forma, completa e organizada.

No primeiro polo dessa segunda dimensão – O Registro do Cuidado – encontram-se os sujeitos enfermeiros com idade entre 36 e 40 anos. No segundo polo – As Limitações Extrainstitucionais –, identificam-se os sujeitos enfermeiros que atuam na UC.

Destaca-se que existe uma maior oposição entre a classe 2 – As Dificuldades Intrainstitucionais – e a classe 4 – A Prática do Cuidado. Desta forma, é possível afirmar a predominância de dois modos de se pensar a implementação da SAE, em que a primeira contempla o fazer e a prática cotidiana dos sujeitos e a segunda reflete sobre as dificuldades no contexto dessa prática para sua operacionalização.

Os dados apresentados no plano fatorial indicam a oposição entre essas duas classes e sugerem o perfil de dois grupos com representações sociais distintas acerca da SAE, os quais estão localizados entre as classes 2 e 4, onde as variáveis “unidades de internação”, “sexo”, “idade” e “grau de escolaridade” apresentam diferenças significativas, demarcando os discursos representacionais dos sujeitos.

No primeiro grupo (classe 2), estão as representações dos “pensadores da prática”, ou seja, aqueles sujeitos que refletem sobre sua realidade e suas dificuldades para operacionalizar as práticas da SAE.

No segundo grupo (classe 4), estão as representações dos “executores da prática”, ou seja, daqueles sujeitos que descrevem as suas práticas cotidianas a partir da sua rotina de trabalho e das relações com o cliente e a Equipe Multiprofissional.

Outra variável que apresenta importante oposição entre as duas classes é a “escolaridade máxima dos sujeitos que atuam nas Unidades de Internação”. Os enfermeiros mestres e especialistas que se encontram na UR e na UCP demonstram uma maior reflexão crítica das dificuldades que permeiam a prática da SAE do que os enfermeiros graduados que atuam na UOHP. Isto sugere que, quanto maior o nível de qualificação do profissional, maior será a compreensão dos fatores e das variáveis que interferem no planejamento e na organização da SAE.

Neste sentido, torna-se importante enfatizar que os enfermeiros especialistas e mestres compreendem com maior profundidade as dificuldades para as etapas da SAE, principalmente nas unidades especializadas de atendimento. Esse nível de conhecimento está relacionado com a formação dos enfermeiros em cursos de Pós-Graduação.

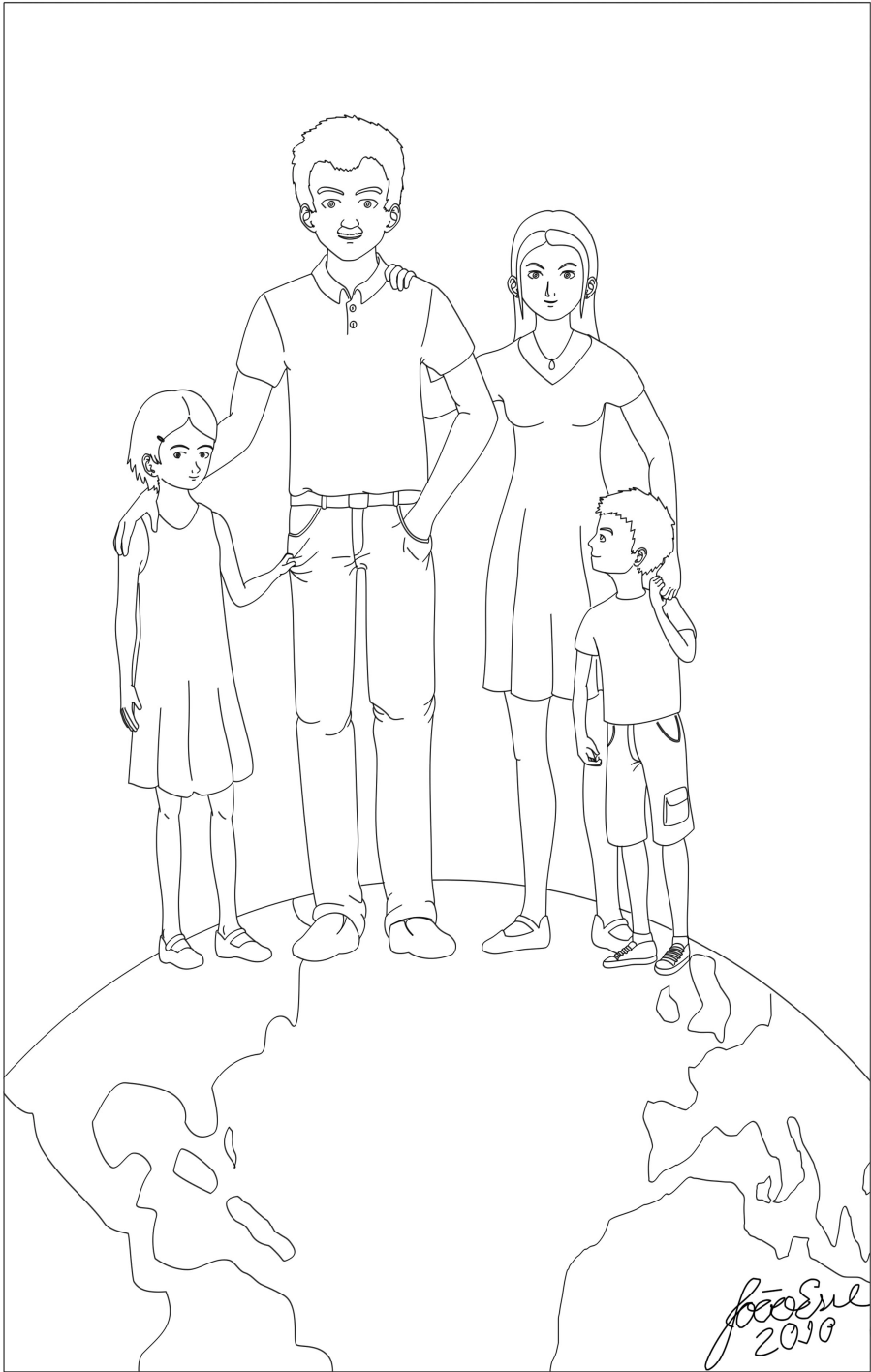
A idade entre os sujeitos não mostra grandes variações entre as classes de maior oposição. Entretanto, os enfermeiros mais jovens, com idade entre 25 e 35 anos, possivelmente aqueles com pouca experiência profissional na instituição, se constituem nos sujeitos que pensam sobre sua prática profissional e opinam sobre os fatores que necessitam ser repensados para se alcançar um modelo ideal de SAE. Enfatiza-se, ainda, que houve aproximação entre duas faixas etárias, ou seja, de 41 a 50 anos e de 51 a 55 anos, para os dois grupos de sujeitos. Os enfermeiros com maior faixa etária (de 51 a 55 anos), provavelmente aqueles com mais experiência profissional, são os executores da prática, por isso estão mais preocupados com a assistência ao cliente e à família e com o trabalho em equipe.

Pela análise das variáveis e quanto à Unidade de Internação, percebe-se uma variação quanto aos discursos dos diferentes sujeitos nas referidas Unidades. As dificuldades para a aplicação da SAE estão mais presentes entre os enfermeiros que atuam na UR, na UCP e na supervisão de todas as Unidades de Internação, do que entre os que trabalham na UOHP. Isto pode estar associado ao número de etapas existentes naquelas Unidades, onde são implantadas as etapas do Histórico, da Evolução e da Prescrição de Enfermagem, além da etapa do Diagnóstico de Enfermagem, que tem sido aplicada, em frequência ainda insuficiente, na UR.

Outro fator também pode estar relacionado com o quantitativo de clientes que ficam sob o cuidado e supervisão do enfermeiro, principalmente no período noturno, no final de semana e na UR, onde existe um maior número de leitos para internação em comparação com as outras Unidades (UCP, UC e UOHP).

Ainda no contexto da variável “Unidade de Internação”, os discursos também denotam que as dificuldades para a execução da SAE podem estar mais associadas ao nível de complexidade dos clientes adultos neurológicos e oncológicos que são atendidos na UR e UCP do que ao dos clientes oncológicos pediátricos que são assistidos na UOHP.

Quanto à variável “sexo”, identificou-se uma oposição quanto aos discursos centrados na classe 2 – As Dificuldades Intrainstitucionais – e na classe 4 – A Prática do Cuidado –, cujos sujeitos do sexo masculino encontram-se na UR e na UCP e os do sexo feminino, na UOHP.



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, foi possível compreender-se o processo histórico de implementação da SAE, em um hospital público, no período de 1994 a 2007, como também as Representações Sociais atribuídas a essa metodologia pelos enfermeiros, que indicam algumas pistas para avançar na consolidação dessa prática de enfermagem.

Na primeira etapa do estudo, apreendeu-se o processo histórico de implementação da SAE, na qual se verificaram momentos de avanços e retrocessos, mas que foram fundamentais para a solidificação desse modelo assistencial.

Na primeira gestão (período de 1994 a 1998) houve a valorização da função assistencial do enfermeiro, em que se priorizou a aproximação desse profissional ao cuidado do cliente por meio da implantação da Prescrição de Enfermagem. Observou-se que, nesse período, foi enfatizada a implantação de um instrumento que possibilitou a elaboração de um plano de cuidado, em que se destaca o fazer da enfermagem.

Diversos entraves institucionais foram encontrados, como a falta de compreensão da SAE como instrumento para organização da assistência, a ausência de infraestrutura e resistência da equipe médica para implantação de outro modelo de assistência de enfermagem. Esses fatores contribuíram para que a SAE fosse implantada de forma muito precária, e dependente de um esforço pessoal da chefia que não conseguiu envolver toda a Equipe de Enfermagem para participar do processo.

Posteriormente, a segunda gestão (período de 1998 a 2000) colaborou no desenvolvimento da SAE e de sua infraestrutura, com a continuidade no processo de implementação da Prescrição de Enfermagem e tentativa de re-introdução da Evolução de Enfermagem. Foram criados cargos de Supervisão de Enfermagem das Unidades de Internação para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem. Todavia, novamente, a falta de infraestrutura institucional, ou seja, ausência recursos humanos em quantidade adequada, falta de investimento em treinamentos e escassez de recursos materiais contribuíram para a timidez no avanço da implementação da SAE.

A terceira gestão (período de 2000 a 2001) reconheceu a SAE como importante instrumento do cuidado que adotava o modelo conceitual de NHBs de Horta para organizar a metodologia assistencial. Ressalta-se que a adoção de um referencial teórico é fundamental para a consolidação da SAE como um processo constituído por várias etapas. Nessa época, além dos investimentos na elaboração de novos formulários para a realização das etapas da SAE, houve possibilidade de discussão com os enfermeiros da própria instituição e de outras instituições da SES/DF para implantá-los em diversos serviços.

Finalmente, a quarta gestão (período de 2001 a 2007) investiu na implantação da etapa do Diagnóstico de Enfermagem e da Consulta de Enfermagem para dar continuidade ao processo que vinha sendo desenvolvido. Houve investimento no treinamento de enfermeiros para trabalharem com o diagnóstico de enfermagem e foram realizadas algumas pesquisas que ajudaram na avaliação do processo de implementação da SAE.

Os resultados apresentados na história de implementação da SAE e em sua operacionalização prática permitem reconhecer os esforços dos enfermeiros chefes, enfermeiros supervisores e enfermeiros assistenciais na condução do processo de implementação da SAE e na busca do fortalecimento de sua identidade profissional por meio da utilização desse método científico de organização do trabalho da enfermagem.

É preciso que se ressalte ainda que esse processo foi construído de forma gradativa e lenta, pois necessitou de envolvimento, persistência e motivação das Chefias e das Equipes de Enfermagem. Além disso, foi necessário permitir a aprendizagem de todos os envolvidos no processo. Há que se considerar que os fatores institucionais, ou seja, a falta de empenho para melhorar a infraestrutura, de recursos humanos e materiais e, sobretudo a cultura de pouca valorização de um modelo de assistência de enfermagem que extrapola o modelo biomédico, certamente influenciaram negativamente no avanço da implementação da SAE.

Na análise da segunda etapa do trabalho, os resultados indicam que, apesar da existência dos formulários de Histórico, Prescrição, Evolução e Anotação de Enfermagem, que têm como finalidade facilitar a implementação da SAE, constataram-se dificuldades dos enfermeiros para sua execução, pois verificou-se que ocorre o preenchimento, com maior frequência, do Histórico, seguido da Prescrição e, com menor frequência, da Evolução de Enfermagem. Identificou-se

também ausência de realização da etapa do Diagnóstico de Enfermagem em todas as Unidades de Internação.

Ainda no processo de operacionalização dessa metodologia, observou-se que o preenchimento do Histórico e da Prescrição de Enfermagem estava voltado para as necessidades e alterações psicobiológicas. Verificou-se também ausência da coleta e do registro de dados referentes às categorias de necessidades psicossociais e psicoespirituais nas etapas do Histórico, da Prescrição e da Evolução de Enfermagem e em todas as Unidades de Internação.

Entretanto, essa elevada frequência do preenchimento/registo de dados psicobiológicos pelos enfermeiros nas etapas do Histórico, da Prescrição e da Evolução de Enfermagem pode estar relacionada principalmente com o grau de dependência, mas também com as reais necessidades de cuidado dos clientes neurológicos e oncológicos, que exigem uma maior atenção da Equipe de Enfermagem.

Com relação ao formulário **Histórico de Enfermagem**, observaram-se registros das necessidades de nutrição e hidratação, higiene e cuidado corporal, sono e repouso e integridade física, integridade cutâneo-mucosa, exercício, atividade física, locomoção e autocuidado, circulação e regulação térmica, ou seja, alterações relativas às condições biológicas e fisiológicas, o que evidencia a necessidade de se ampliar o olhar para outras necessidades, sobretudo as psicossocioespirituais do cliente, como aprendizagem, segurança, comunicação, orientação no tempo e no espaço, lazer e recreação e religião e filosofia de vida.

Da execução da **Prescrição de Enfermagem**, percebeu-se a consideração ao grau de dependência do cliente e uma maior autonomia do enfermeiro para a execução dessa etapa, embora sejam escassas as revisões sistemáticas dos cuidados prescritos a fim de avaliar os seus resultados. Nesse sentido, depreende-se que existe o risco dessa atividade tornar-se mecanizada, ou seja, que não envolva a reflexão das ações desenvolvidas pelos enfermeiros, pois a maioria das Prescrições também foi confeccionada de forma rotineira, sem consultar ou realizar o Histórico de Enfermagem e avaliar os clientes.

Com relação à **Evolução de Enfermagem Padronizada**, conclui-se que esse formulário facilita os registros da evolução do cliente por alterações de NHBs, especialmente das necessidades de orientação e atenção, nutrição e hidratação, regulação térmica, oxigenação e circulação, atividade física e percepção sensorial, apesar de evidenciarem-se falhas na revisão e atualização dos cuidados e a necessidade dos enfermeiros estarem mais atentos aos problemas psicossociais dos clientes. Por outro lado, o registro dessas alterações na Evolução, pelos enfermeiros, não possibilitou a prescrição de cuidados e intervenções que pudessem solucionar os problemas/diagnósticos identificados para essas necessidades.

Na análise das **Anotações de Enfermagem**, depreendeu-se que, embora o cuidado esteja sendo prescrito pelos enfermeiros, ocorre a desvalorização por parte dos auxiliares de enfermagem com relação à implementação desses cuidados aos clientes, uma vez que os resultados indicaram a ausência do preenchimento dos cuidados relativos à verificação dos sinais vitais, supervisão da mobilidade no leito, mudança de decúbito, eliminações urinárias e higiene oral e preenchimento incompleto dos cuidados relacionados ao banho de aspersão, refeições e eliminações intestinais. Nota-se, também, a falta de envolvimento e participação desses profissionais no processo de desenvolvimento da SAE. Assim, há que se pensar em uma estratégia de mudança para melhorar as referidas anotações, uma vez que a execução do cuidado quase sempre é realizada pelo profissional referido.

Constatou-se grande dificuldade desses profissionais em trabalhar com a etapa do **Diagnóstico de Enfermagem**, sobretudo porque ela requer análise e reflexão mais aprofundada das necessidades do cliente. Há que se investir no treinamento contínuo dos enfermeiros para a identificação dos diagnósticos dos clientes baseados na utilização da NANDA e no modelo conceitual de NHBs de Horta.

Da **Consulta de Enfermagem**, verificou-se que sua realização está centrada nas orientações voltadas para a doença e para a terapêutica medicamentosa. Entretanto, os enfermeiros consideram esse um espaço privilegiado de atuação, valorização e autonomia profissional.

É preciso salientar que o preenchimento parcial ou ausência dos registros nas diferentes etapas da SAE dificultam a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada aos clientes, além de indicarem a necessidade revisão dos instrumentos, tanto para facilitar o trabalho como para possibilitar o cuidado individualizado e integral.

No que tange à terceira etapa do presente estudo, a relativa às **Representações Sociais**, verificou-se no discurso dos enfermeiros uma compreensão da SAE como importante **método organizador dos modos de cuidar do cliente**, na qual se percebe a valorização das suas etapas como relevantes para o **registro do cuidado ao cliente**. Observa-se maior valorização do histórico, onde se registram os dados e da prescrição de enfermagem para ordenar os cuidados; menor valorização da evolução e do diagnóstico de enfermagem, especialmente porque são entendidos como as etapas mais complexas, que exigem maior preparo teórico e reflexão acerca do fazer cotidiano. A ênfase na SAE como instrumento de registro tem imprimido no cotidiano um modo de cuidar técnico, rotinizado e padronizado para toda a clientela. Nesse sentido, a SAE revela-se como um método que reforça a atividade mecânica e automática, onde existe pouca troca, interação e participação dos profissionais envolvidos na assistência ao cliente.

Todavia, **a prática do cuidado**, devido à sua complexidade e dinamicidade, requer que a SAE seja um instrumento agregador do cuidado multiprofissional. Nessa perspectiva, essa metodologia é compreendida como um instrumento que pode possibilitar a comunicação/informação entre a Equipe de Enfermagem e demais profissionais, estando, portanto, ancorado em um modo de cuidar que ultrapassa o modelo biomédico.

As **Representações Sociais** dos enfermeiros assinalam as dificuldades intrainstitucionais para operacionalização da SAE, das quais se destacam a falta de conhecimento teórico do grupo, a deficiência de treinamento em serviço, a ausência de recursos humanos e as dificuldades com os formulários. Das limitações extrainstitucionais, a formação profissional com pouca ênfase no ensino da SAE apresenta-se como a principal dificuldade.

Em suma, as representações sociais dos enfermeiros acerca da SAE revelam que parece haver uma dissociação entre o “fazer concreto” e o “fazer imaginado”. O fazer concreto está ancorado em um modelo que privilegia a rotinização do cuidado e o fazer imaginado está ancorado em um modelo de cuidado integral, na qual o enfermeiro assuma a autonomia relativa no processo de trabalho do cuidar.

Destaca-se que embora a SAE tenha sido priorizada como um instrumento do processo de trabalho do enfermeiro para o gerenciamento do cuidado a sua implementação ocorreu de forma bastante fragmentada. Percebe-se uma desarticulação entre a dimensão gerencial e a dimensão assistencial, pois os enfermeiros têm utilizado esse método de trabalho de forma burocrática, acrítica e sem reflexão para a transformação da prática.

Um olhar especial para a política institucional que se revela como um dos principais entraves para o desenvolvimento da SAE se faz necessário. Neste sentido, destaca-se a necessidade de os enfermeiros desenvolverem estratégias de trabalho que possam superar as limitações institucionais. Sugere-se a construção de um processo de gestão co-participante envolvendo a diretoria da unidade hospitalar e os membros da Equipe de Enfermagem. Destaca-se também, a Educação Permanente como importante estratégia institucional para a implementação da SAE.

Finalmente, recomenda-se o ensino integrado da SAE em todas as disciplinas dos Cursos de Graduação em Enfermagem. Além disto, é necessário que as instituições públicas e privadas implantem essa metodologia para que os estudantes possam de fato conhecer e aplicar a SAE na prática.

REFERÊNCIAS

- 1) Albuquerque LM, Cubas MR. CIPESCando em Curitiba: construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde. Curitiba: ABEn-PR, 2005.
- 2) Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção de cuidado colaborativo. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- 3) _____. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- 4) Almeida MCP, Rocha SMM. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez, 1986.
- 5) _____. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997.
- 6) _____ et al. Gerência na rede básica de serviços de saúde em Ribeirão Preto: um processo em construção. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 47, n. 3, p. 278-286, 1994.
- 7) Alves AR, Lopes CHAF, Jorge MSB. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 42, n.4, p. 649-55, 2008.
- 8) Amante, LN, Rossetto AP, Schneider DG. Sistematização da assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 43, n.1, p. 54-64, 2009.
- 9) Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 58, n. 3, p. 261-265, maio/jun. 2005.
- 10) Angerami ELS, Mendes JAC, Pedrazzani JC. Análise crítica às anotações de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 29, p. 28-37, 1976.

- 11) Ashtworth P, et al. People's needs for nursing care: a European study of nursing care needs and of the planning, nurses in two selected groups of people in the European region. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1987.
- 12) Aspinall MJ. Nursing diagnosis: the weak link. *Nursing Outlook*, [S.l.], v. 24, p. 433-437, 1976.
- 13) Atkinson LD, Murray ME. Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- 14) Azevedo SL. Diagnósticos de enfermagem: orientadores do cuidado ao cliente diabético. 2001. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- 15) Azzolim GMC. Processo de trabalho gerencial do enfermeiro e processo de enfermagem: a articulação na visão de docentes. 2007. 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- 16) Bachion MM, Ramos FRS, Antunes MJM. Integralidade das ações de saúde e aplicação de terminologias à sistematização da prática de enfermagem. In: GARCIA, T.R.; EGRY, E. E. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- 17) Backes DS, Schwartz E. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 4, n.2, p. 182-188, maio/ago., 2005.
- 18) _____ et al. Sistematização da assistência de enfermagem como fenômeno interativo e multidimensional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n.6, p. on line, Nov/dez., 2008.
- 19) Baptista CMC, et al. Evolução de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001. p. 165-183.
- 20) Baptista CLBM, Leite G, Silva NFD. Cuidando do paciente/cliente terminal através da Sistematização da Assistência de Enfermagem. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 9., 2008, Porto Alegre. Resumos... Porto Alegre: ABEn, 2008. p. 26-29.

- 21) _____; SILVA NFD. Cuidando do paciente/cliente terminal através da Sistematização da Assistência de Enfermagem. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 9., 2008, Porto Alegre. Resumos... Porto Alegre: ABEn, Seção RS, 2008, p. 26-29.
- 22) Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: [s.n.], 1979.
- 23) Barros AJP, Lehfeld NAS. Projeto de pesquisa: propostas metodológicas. Petrópolis: Vozes, 2005.
- 24) Barros ALB. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- 25) Barros DG, Chiesa AM. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de enfermagem no olhar da saúde coletiva. Revista da Escola Enfermagem da USP, São Paulo, v. 41, n. esp., p. 793-8, 2007.
- 26) Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Petrópolis: Vozes, 2002.
- 27) Benedet AS, BUB MBC. Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2. ed. Florianópolis: Bernúncia, 2001.
- 28) Beyers M, Dudas S. Enfermagem médico-cirúrgica: tratado de prática clínica. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992. 4 v.
- 29) Bloch D. Some crucial terms in nursing: what do they really mean? Nursing Outlook, v.22, p. 689-694, 1974.
- 30) Bonney V, Rothberg J. Nursing diagnosis and therapy: an instrument for evaluation and measurement. New York: National League for Nursing, Department of Hospital Nursing, 1967.
- 31) Borba RIH de, Sarti CAA. Abordagem do estudo de caso na pesquisa social. In: MATHEUS, M. C. C.; FUSTINONI, S. M. (Org.). Pesquisa qualitativa em enfermagem. São Paulo: LMP, 2006. p. 77-83.
- 32) Bowman GS, Thompson DR, Sutton TW. Nurses' attitudes towards the nursing process. Journal of Advanced Nursing, v. 8, n. 2, p. 125-129, 1983.

- 33) Branden N. Auto-estima e os seis pilares. 4.ed. São Paulo: Saraiva, 1998.
- 34) Brito MAGM. Diagnóstico de Enfermagem da NANDA identificados em pessoas com lesão medular mediante abordagem baseada na teoria do déficit de autocuidado. 2007. 229 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2007.
- 35) Brunner LS, Suddarth DS. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 7. ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- 36) Campedelli MC, Gaidzinski RR. A metodologia da assistência de enfermagem na prática: Hospital Universitário da USP. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 21, n. esp., p. 62-67, 1987.
- 37) _____ et al. (Org.). Processo de enfermagem na prática. 2. ed. São Paulo: Ática, 2000.
- 38) Campos GWS. Considerações sobre o processo de administração e a gerência dos serviços de saúde. In: _____; MERHY. E. E.; NUNES, E. D. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 21-65.
- 39) _____; Merhy EE, Nunes ED. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec, 1989.
- 40) Carmona LMP, LALUNA MCMC. “Primary nursing”: pressupostos e implicações na prática. Revista Eletrônica de Enfermagem , Goiânia, v. 4, n. 1, p. 12-17, 2002. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/747/813>. Acesso em: 29 fev. 2008.
- 41) Carraro TE. Resgatando florence nightingale: a trajetória de enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções. 1994. 147 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.
- 42) _____, Westphalen MAE. Metodologias para a assistência de enfermagem. Goiânia: AB, 2001.

- 43) Carvalho EC, et al. Obstáculos para implementação do processo de enfermagem no Brasil. Revista Enfermagem UFPE On Line, v. 1, n.1, p. 95-99, 2007. Disponível em <http://www.ufpe.br/revistadeenfermagem/index.php/emfermagem/login>. Acesso em: 23 mar. 2009.
- 44) 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.
- 45) Castilho NC, Ribeiro PC, Chirelli MQA. implementação da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. Texto Contexto Enfermagem, v. 18, n.2, p. 280-9, 2009.
- 46) Cianciarullo TI. Teoria e prática em auditoria de cuidados. São Paulo: Ícone, 1997.
- 47)_____. Um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2003.
- 48)_____ et al. (Org.). Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.
- 49) Conselho Federal De Enfermagem. Resolução do COFEN 191/96. Rio de Janeiro: COFEN. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7038§ion=34>. Acesso em: 26 jan. 2007.
- 50)_____. Resolução n. 272, de 27 de agosto de 2002: dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem – SAE – nas instituições brasileiras. Rio de Janeiro: COFEN, 2002. Disponível em: <http://www.bve.org.br/portal/materis.asp?ArticleID=1256&SectionID=194&SubSectionID=194&SectionParentID=189>. Acesso em: 3 jan. 2003.
- 51)_____. 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. Disponível em: <http://www.bve.org.br/portal/materis.asp?ArticleID=1256&SectionID=194&SubSectionID=194&SectionParentID=189>. Acesso em: 28 fev. 2010.

- 52) Costa SFG, et al. Metodologia da pesquisa: coletânea de termos. João Pessoa: Idéia, 2000.
- 53) Coutinho APO. Construção e validação de um instrumento para a sistematização da assistência de enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). 2007. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.
- 54) Cruz DALM. Processo de enfermagem e classificações. In: GAIDZINSKI, R. R. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 25-37.
- 55) Cunha SMB, Barros ALBL. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta. Revista Brasileira Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 58, n. 5, p. 568-72, 2005.
- 56) Dalri MCB. Perfil diagnóstico de pacientes queimados segundo o modelo conceitual de Horta e Taxonomia I Revisada da NANDA. Ribeirão Preto, 1993. 203 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.
- 57) _____, Rossi LA, Carvalho EC. Aspectos éticos e legais das anotações de enfermagem nos procedimentos de doação de órgãos para transplantes. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 224-30, 1999.
- 58) Damaceno RC, et. al. Sistematização da assistência de enfermagem: importância atribuída por estudantes de enfermagem. Revista de Enfermagem da UFPE, Recife, v.3, n. 3, p. 73-81, jul./set. 2009. Disponível em: www.ufpe.br/enfermagem. Acesso em: 6 jun. 2009.
- 59) Daniel LF. A enfermagem planejada. 3. ed. São Paulo: EPU; 1981.
- 60) Davis BD, Billings JR, Ryland RK. Evaluation of nursing process documentation. Journal of Advanced Nursing, Oxford, v.19, n. 5, p. 960-968, 1994.
- 61) De La Cuesta C. The nursing process from development to implementation. Journal of Advanced Nursing, Oxford, v. 8, n. 1, p. 65-67, 1983.

- 62) Dell'Acqua MCQ, Miyadahira AMK. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do Estado de São Paulo. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 185-191, 2002.
- 63) D'Innocenzo M, Adami NP. Análise da qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de paciente de hospitais de ensino e universitários. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 383-91, 2004.
- 64) Demo P. Metodologia científica em ciências sociais. São Paulo: Atlas, 1995.
- 65)_____. Metodologia do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2000.
- 66) Dias DC. Análise de evoluções de enfermagem segundo o referencial teórico de Horta e o sistema operacional de Weed. 1998. 152f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- 67) Diccini S, Whitaker IY. Exame Neurológico. In: Barros, A.L.B.L. et al. Anamnese e exame físico : avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- 68) Doenges ME, Townsend MC, Moorhouse MF. Nursing care plans: guidelines for planning patient care. In: _____. Nursing process, nursing diagnoses and care plan construction. Philadelphia: F. A. Davis, 1989. p. 4-8.
- 69)_____, Moorhouse MF, Geissler AG. Planos de cuidados de enfermagem: orientações para o cuidado individualizado do paciente. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- 70) Egry EY, Cubas MR. O trabalho da enfermagem em saúde coletiva no cenário CIPESC: guia para pesquisadores. Curitiba: Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Paraná, 2006. p. 117-118.
- 71) Farias FAC. Sistematização da assistência de enfermagem: como os enfermeiros percebem o histórico e o diagnóstico. 1997. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

- 72) Favero N. Estudo das anotações de enfermagem na assistência direta ao paciente. 1979. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1979.
- 73) _____, Trevisan MA, Mendes IAC. Atividades de assistência direta do enfermeiro e respectiva anotação. *Enfermagem Atual*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 14, p. 14-16, 1980.
- 74) Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 1-13.
- 75) Ferreira ABH. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Positivo, 2004.
- 76) Figueiredo NMA. *Diagnóstico de enfermagem: adaptando a taxonomia à realidade*. São Caetano do Sul: Difusão, 2004.
- 77) Foschiera F, Viera CS. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 189-198, 2004. Disponível em: www.fen.ufg.br. Acesso em: 02 set. 2008.
- 78) Fernandes MA. O processo de enfermagem: aplicação em uma unidade de hospital-escola do interior. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 21, n. esp., p. 88-99, 1987.
- 79) Ferraz CA. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 13, n.º. esp., p. 91-97, 2000.
- 80) Ferreira ABH. *Novo dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- 81) Ford P, Walsh M. *New rituals for old: nursing through the looking glass*. 2nd ed. London: Butterworth Heinemann, 1995.
- 82) Friedlander MR. Prescrição diária de enfermagem: condições para a sua implantação como atividade de rotina da enfermeira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 177-186, 1973.

- 83) _____. O processo de enfermagem ontem, hoje e amanhã. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 129-134, 1981.
- 84) Fuly PSC, Leite JL, Lima BS. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 61, n. 6, p. 883-7, 2008.
- 85) Gaidzinski RR, Kimura M. Entrevista e exame físico: instrumentos para levantamento de dados. In: Campedelli, M. C. Processo de enfermagem na prática. São Paulo: Ática, 2000.
- 86) Galera SAF, Capelari RT, Barros S. Estudo das anotações de enfermagem em uma emergência psiquiátrica. Revista Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 3-12, 1991.
- 87) Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I. dos et al. Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 37-63.
- 88) George JB, et al. Madeleine Leininger. In: _____. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p. 297-309.
- 89) Gomes ELR, et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997. p. 229-50.
- 90) Gonçalves JV, Graziano KV. Apresentação de documentos referentes ao pensar, agir e fazer de Wanda de Aguiar Horta. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 21, nº. esp., p. 13-20, 1987.
- 91) Gonçalves VLM. Anotação de enfermagem. In: Cianciarullo, T. I. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.
- 92) Gordon M. The NANDA taxonomy II. In: OUD, N. (Org.). Proceedings of the Special Conference of the Association of Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes. Bern: Hans Huber, 2002. p. 9-29.
- 93) _____. Nursing diagnosis: process and application. 3rd ed. St Louis: Mosby, 1994. p. 35-44.

- 94) Guyton AC, Hall, JE. Fundamentos de Guyton: tratado de fisiologia médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- 95) Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes, 2003.
- 96) Hahn E, Kosing A. A filosofia marxista leninista. Lisboa: Avante, 1983.
- 97) Hausmann M. Análise do processo de trabalho gerencial do enfermeiro em um hospital privado no município de São Paulo: possibilidades para o gerenciamento do cuidado. 2006. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- 98) Hermida PMV, Araújo, IEM. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para sua implementação. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 59, n. 5, p. 675-9, 2006.
- 99) Henderson V. On nursing care plane and their history. Nursing Outlook, New York, v. 21, n. 6, p. 378-379, June, 1973.
- 100) Hiraki A. Tradition, rationality, and power in introductory nursing textbooks: a critical hermeneutics study. ANS Advances in Nursing Science, [S.l.]v. 14, n. 3, p. 1-12, mar. 1992.
- 101) Horta WA. A metodologia do processo de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 24, n. 6, p. 81-95, 1971.
- 102) _____. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.
- 103) _____. O processo de enfermagem: fundamentação e aplicação. Enfermagem Novas Dimensões, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 10-16, mar./abr. 1975.
- 104) _____ et al. Considerações sobre o diagnóstico de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 7-13, jan./fev. 1967.
- 105) Instituto Educacional São Paulo. Sistematização da assistência de enfermagem em saúde ocupacional: prescrição e evolução de enfermagem. [São Paulo], 2003.

- 106) Instituto Educacional São Paulo. Sistematização da assistência de enfermagem em saúde ocupacional: módulo 3: histórico e diagnóstico de enfermagem. 2003.
- 107) Ito EE, et al.. Manual de anotação de enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2004.
- 108) Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Processo e diagnóstico em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- 109) Jesus CAC. Assistência de enfermagem a clientes hematológicos: uma visão sistêmica. 1992. 279 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1992.
- 110) _____. Raciocínio clínico de graduandos e enfermeiros na construção de diagnósticos de enfermagem. 2000. 251 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.
- 111) Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: _____. (org.). As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.
- 112) _____. Les représentations sociales. In: Ghiglione, R.; Bonnet, C.; Richard, J. F. (Ed.). Traité de psychologie cognitive. Paris: Dunod, 1990. v. 2, p. 11-74.
- 113) Johanson L, et. al. Registro de enfermagem: sua importância no controle e prevenção da infecção relacionada a cateter venoso em clientes com HIV/AIDS. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, Ribeirão Preto. Simpósio... Ribeirão Preto: EERB, 2002. p.1-107.
- 114) Johnson M, et al. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- 115) Kasprzykowisk MM. Cuidados de enfermagem em meningite cérebro-espinhal epidêmica. Anais de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 6, n. 12, p. 8-14, 1938.

- 116) Kenney JW. Relevance of theoretical approaches in nursing practice. In: Christensen, J. P.; Kenney, J. W. Nursing process: application of theories, frameworks, and models. 3th ed. St. Louis: Mosby, 1990. p. 3-19.
- 117) Kim MJ, et al. Clinical use of nursing diagnosis in cardiovascular nursing. In: _____ et al. (ed.). Classification of Nursing Diagnoses: proceedings of the 3rd. and 4th. Conferences of the North American Nursing Diagnosis Association. New York: McGraw-Hill, 1982. p. 184-9.
- 118) Kirchof ACC. O trabalho de enfermagem: análise e perspectivas. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 56, n. 6, p. 669-73, nov./dez. 2003.
- 119) Kitson AL. Indicators of quality in nursing care: an alternative approach. Journal of Advanced Nursing, Oxford, v. 11, p. 133-44, 1986.
- 120) Kletemberg DF. A metodologia da assistência de enfermagem no Brasil: uma visão histórica. 2004. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.
- 121) Konder L. O que é dialética. 28. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- 122) Kurcgant P (Org.). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- 123) Laganá MTC, et al. Metodologia assistencial de enfermagem: reflexos baseados em experiência de ensino. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 21, n. esp., p. 21-28, 1987.
- 124) Lauri S. Development of the nursing process through action research. Journal of Advanced Nursing, Oxford, v. 7, n. 4, p. 301-307, 1982.
- 125) Ledesma-Delgado MEL, Mendes MMR. O processo de enfermagem como ações de cuidado rotineiro: construindo seu significado na perspectiva das enfermeiras assistenciais. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 17, n.3, p. 328-34, maio/jun., 2009. Disponível em: www.scielo.br/rlae. Acesso em: 05 jan. 2009.

- 126) Leon PAP, Freitas FFQ, Nóbrega MML. Sistematização da assistência de enfermagem em dissertações de mestrado: estudo bibliográfico. Revista de Enfermagem da UFPE, Recife, v. 3, n. 1, p. 120-26, 2009. Disponível em: www.ufpe.br/enfermagem. Acesso em: 15 mar. 2009.
- 127) Leopardi MT. Teoria e método em assistência de enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.
- 128) Lima AFC. Significados que as enfermeiras assistenciais de um hospital universitário atribuem ao processo de implementação do diagnóstico de enfermagem como etapa do sistema de assistência de enfermagem. 2004. 174 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- 129) Lima AFC, Kurcgant P. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 40, n.1, p.111-6, 2006.
- 130) Lima MJ. O que é enfermagem. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 2005.
- 131) Lima CLH, Martins DL, Furtado LG. Sistematização da Assistência de Enfermagem: a visão dos enfermeiros da clínica médica do HULW. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 8., 2006. João Pessoa. Anais... João Pessoa: SINADEN, 2006. p. 17.
- 132) Lourenço MR, et. al. Análise de conteúdo dos registros da equipe de enfermagem. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, São Paulo. Proceedings ... Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: USP, 2002. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100034&lng=en&nrm=abn. Acesso em: 20 de outubro de 2009.
- 133) Machado Z. Estudo de um caso de enfermagem médica. Anais de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 15, n. 21, p. 26-28, 1946.
- 134) Maria VLR. Os caminhos do diagnóstico de enfermagem na prática de um hospital especializado. In: Guedes, MVC, Araújo TL. (Org.). O uso do diagnóstico na prática de enfermagem. Brasília: ABEn, 1997. p. 77-85.

- 136) _____. Diagnóstico de enfermagem. Nursing, São Paulo, v. 4, n. 32, p. 11-13, jan. 2001.
- 137) _____ et al. Sistematização da assistência de enfermagem no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia: relato de experiência. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 21, nº. esp., p. 77-87, 1987.
- 138) Martin F. Documentation. Nursing. v. 24, n. 6, p. 63-4, 1994.
- 139) Marx K. O capital: crítica da economia política. 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994.
- 140) Matheus MCC, Fustinoni SM. Pesquisa qualitativa em enfermagem. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.
- 141) Matsuda LM, Carvalho ARS, Évora YDM. Anotações de enfermagem: a investigação como meio de promover a qualidade do cuidado. In: Anais do Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 13., 2005, São Luís (MA). Anais... São Luís (MA): ABEn, 2005. p. 14-17. 1 CD-ROM
- 142) Mcfarland GK.; MACFARLANE EA. Nursing diagnosis and intervention: planning for patient care. St. Louis: Mosby, 1989.
- 143) Mendes MA. Colocar seqüências no cuidar faz a diferença. 2001. 196 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.
- 144) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- 145) _____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2006.
- 146) _____ et al. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- 147) _____ et al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2004.

- 148) Miranda RA. Prescrição de enfermagem como garantia de assistência com qualidade. Notícias Hospitalares: gestão de saúde em debate, São Paulo, ano 4, n. 37, p. 44-45, 2002.
- 149) Mishima SM. Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto. 1995. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.
- 150) _____ et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997. p. 251-296.
- 151) Mohana J. O mundo e eu. 9. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1989.
- 152) Moreira ASP, et. al. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: Vozes, 2005.
- 153) Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
- 154) _____. Representações Sociais: investigações sociais em Psicologia Social. Petrópolis: Vozes, 2005.
- 155) Moura ACF, Rabêlo CBM, Sampaio MRFB. Prática profissional e metodologia assistencial dos enfermeiros em hospital filantrópico. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 61, n.4, p. 476-81, 2008.
- 156) Munding M, Jauron D. Developing a nursing diagnosis. Nursing Outlook, [S.I.], v. 23, p. 94-98, 1975.
- 157) Murray RB, Huelskoetter MMW. (Ed.). Psychiatric mental health nursing giving emotional care. 2nd ed. Norwalk: Appleton & Lange, 1987.
- 158) Mussi FC, et al. Processo de enfermagem: um convite à reflexão. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 26-32, 1997.
- 159) Nakamura I, et al. Relato de experiência: sistematização da assistência de enfermagem: percepção e avaliação de um modelo: pesquisa local. Hospital de Apoio de Brasília, Brasília, 2002.

- 160) Nascimento KC, et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 42, n.4, p. 643-8, 2008.
- 161) Neves EP, Trentini MA. Questão da aplicação de teorias: marcos conceituais na enfermagem: relato de experiência na UFSC. Revista da Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, v. 22, n. esp., p. 53-61, 1988.
- 162) Neves RS. Diagnósticos de enfermagem em pacientes lesados medulares segundo o modelo conceitual de Horta e a taxonomia II da NANDA. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2003.
- 163) _____, Jesus CAC. Diagnósticos de enfermagem em pacientes lesados medulares. São Paulo: Difusão, 2007.
- 164) Nóbrega MML, Silva KL. Fundamentos do cuidar em enfermagem. 2. ed. Belo Horizonte: ABEn, 2009.
- 165) Noda M. Processo de enfermagem de Horta na assistência à criança hospitalizada: pesquisa sobre enfermeiras de hospitais do município de São Paulo. 1992. 188f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1992.
- 166) Nonino EAPM. Avaliação da qualidade dos procedimentos de enfermagem – banho e curativo – segundo o grau de dependência assistencial dos pacientes internados em um hospital universitário. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- 167) O’Connell B. Diagnostic reliability: a study of the process. Nursing Diagnosis, Philadelphia, v. 6, n. 3, p. 99-114, 1995.
- 168) Ochoa-Vigo K, Pace AE, Santos CB. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma Unidade Especializada. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 184-91, mar.-abr. 2003.
- 169) Oguisso T. Os aspectos legais da anotação de enfermagem no prontuário do paciente. 1975. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1975.

- 170) Oliveira FO, Werba GC. Representações sociais. In: STREY, M. N. et al. (Org.). Psicologia social contemporânea: livro-texto. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 104-117.
- 171) Oliveira MAC. A pesquisa participante no referencial materialista histórico e dialético: uma contribuição para a investigação em enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 23-26, jul. 1991.
- 172) Orlando IJ. O relacionamento dinâmico enfermeiro/paciente. São Paulo: EPU: EDUSP, 1978.
- 173) Pádua AR. Análise das anotações de enfermagem: uma contribuição à sistematização da assistência de enfermagem. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, Ribeirão Preto. Simpósio... Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP, 2002. p. 1-18.
- 174) Paula WK de. Releitura da teoria das necessidades humanas básicas. Florianópolis: [s.n.], 1990.
- 175) Peduzzi M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva da promoção da saúde. In: SEMINÁRIO DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 1., 2000, São Paulo. Anais... São Paulo: ABEn, 2000. 1 CD-ROM.
- 176) _____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública, v. 35, n.1, p. 103-9, 2001.
- 177) _____. Anselmi, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, 2002.
- 178) Pereira LL, Takahashi RT. Auditoria em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). Administração em enfermagem. São Paulo: EPU, 1991. p. 215-222.
- 179) Pesut DJ, Herman JA. Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking. Albany: Delmar, 1999.
- 180) Pokorski S, et al. Processo de enfermagem: da literatura a prática: o que dê fato nós estamos fazendo? Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 17, n.3, p. 302-7, 2009. Disponível em: www.scielo.br/rlae. Acesso em: 14 dez. 2008.

- 181) Porto MLL. Construção e validação de um instrumento de coleta de dados do idoso no Programa de Saúde da Família. 2004. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.
- 182) Possari JF. Prontuário do paciente e os registros de enfermagem. São Paulo: Íatria, 2005.
- 183) Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- 184) Ramos LAR, Carvalho EC, Canini SRMS. Opinião de auxiliares e técnicos de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem (internet), v. 11, n.1, p. 39-44, 2009. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista.htm. Acesso em: 05 fev. 2009.
- 185) Ribeiro ASM. Os homossexuais em busca de visibilidade social. 2005. 266 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2005.
- 186) Ribeiro CM. Auditoria de serviço de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.25, n. 4, p. 91-103, jul./set., 1972.
- 187) Rodrigues HVM. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e aplicabilidade. 2004. 90 f. Monografia conclusão de curso (Enfermagem) - Faculdade JK, Brasília, 2004.
- 188) Rodrigues MMG. Autocuidado em crianças/adolescentes com câncer a luz da teoria de Orem. 2006. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.
- 189) Rossi LA. O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: da ideologia da rotina à utopia do cuidado individualizado. 1997. 138 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.
- 190) _____, Casagrande LDRC. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, T. I. et al (Org.). Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001. p. 41-62.

- 191) _____, Dalri MCB. Processo de enfermagem: análise e propostas de reformulação segundo modelo conceitual de Horta e Taxonomia I dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 328-358, 1993.
- 192) Roy C. The impact of nursing diagnosis. AORN Journal, v. 21, n. 6, p. 1023-1030, may, 1975.
- 193) Sá CP. Núcleo central das representações sociais. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.
- 194) Sanches S, et al. Fatores que influenciam na implementação de um modelo de assistência de enfermagem: uma proposta alternativa. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 37, n. 3/4, p. 195-204, 1984.
- 195) Schutz A. Collected Papers I. Common-sense and Scientific Interpretations of Human Action. 2nd. ed. Haia (Holanda): Martinus Nijhoff, 1982.
- 196) Sena CA, et al. Estratégias de implementação do processo de enfermagem para uma pessoa infectada pelo HIV. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 27-38, jan. 2001.
- 197) Sentone ADD. Análise dos indicadores da qualidade na elaboração da prescrição de enfermagem em uma unidade de internação de um Hospital Universitário Público. Ribeirão Preto, 2005. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2005. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- 198) Shea H. The nursing care plan dilemma: suggestions for resolution. The Canadian Nurse, v. 80, n. 9, p. 44-46, oct. 1984.
- 199) Sheehan J. Conceptions of the nursing process amongst nurse teachers and clinical nurses. Journal of Advanced Nursing, v. 16, n. 3, p. 333-342, 1991.
- 200) Shimizu HE. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidades de Terapia Intensiva em um hospital-escola. 2000. 345 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

- 201) Silva AGI. Ensinando e cuidando com o processo diagnóstico em enfermagem. Belém: Smith Prod. Graf., 2001.
- 202) Silva GB. Enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986.
- 203) Silva IA, et al. A participação do Brasil no Projeto de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem. In: FONSECA, R. M. G. S.; BERTOLOZZI, M. R.;
- 204) Silva, I. A. O uso da epidemiologia social na enfermagem de saúde coletiva. Brasília: ABEn, 1997. p. 65-83. (Série Didática: Enfermagem no SUS).
- 205) Silva JV. A sistematização da assistência de enfermagem: as representações sociais dos enfermeiros de uma instituição hospitalar. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 7., 2004, Belo Horizonte. Anais... Belo Horizonte: ABEn, Seção MG, 2004.
- 206) Silva KL. Construção e validação de instrumento de coleta de dados para crianças de 0 – 5 anos. 2004. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.
- 207) Silva SR, Aguillar OM. Assistência de enfermagem em quimioterapia antineoplásica. Rio de Janeiro: EPUB, 2001.
- 208) Silva VEF. O desgaste do trabalhador de enfermagem: a relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. 1996. 236 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
- 209) SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 7., 2004, Belo Horizonte. Anais... Belo Horizonte: ABEn, Seção MG, 2004.
- 210) Smith DW, Germain CP. Care of the adult patient. 4th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1975.
- 211) Souza APMA. Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para cliente adulto em unidade cirúrgica. 2007. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

- 212) Souza et al. Impressões dos enfermeiros de uma unidade oncológica sobre a sistematização da assistência de enfermagem. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 9., 2008, Porto Alegre. Resumos...Porto Alegre: ABEn, Seção RS, 2008. p. 26-29.
- 213) _____. A implantação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade do Instituto Nacional de Câncer: Hospital do Câncer II. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 9., 2008, Porto Alegre. Resumos...Porto Alegre: ABEn, Seção RS, 2008, p. 26-29.
- 214) Takahashi AA, et al. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. Acta Paulista Enfermagem, v. 21, n.1, p. 32-8, 2008.
- 215) Tannure MC, Gonçalves AMP. Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- 216) Thalheimer A. Introdução ao materialismo dialético. São Paulo: Ciências Humanas, 1979.
- 217) Thomaz VA, Gidardello EB. Sistematização da assistência de enfermagem: problemas identificados pelos enfermeiros. Nursing, São Paulo, v. 5, n. 54, p. 28-34, 2002.
- 218) Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.
- 219) Víctora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. p. 42-45.
- 220) Zeferino et. al. Concepções de cuidado na visão de doutorandas de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem da UERJ, v.16, n. 3, p. 345-0, jul/set., 2008.
- 221) Wagner S. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: Moreira, ASP; Oliveira, D. C. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB, 1998.
- 222) Waldow VR. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão semântica? Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 19, n.1, p. 20-32, jan. 1998.

- 223) Weber MA. Ética protestante e o espírito do capitalismo. São Paulo: Pioneira, 1985.
- 224) Westphalen MEA, Carraro TE. Metodologia para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001.
- 225) Willig MH, Lenardt MH. A prática gerencial do enfermeiro no processo de cuidar. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 23-29, 2002.
- 226) Yura H, Walsh M. The nursing process assessing, planning, implementation and evolution. 3rd ed. New York: Appleton-Century Crofts, 1978.

APÊNDICES

**APÊNDICE A – PESQUISA: ANÁLISE DE DOCUMENTOS DO PERÍODO DE 1994
A 2007**

Ano	Fatos Importantes	Tipo de documento	Tema
1994	Reunião com os enfermeiros	Ata de reunião - agosto	Estudo de Caso; Rotina de admissão e alta.
1995	Reunião com os enfermeiros	Ata de reunião - novembro	Admissão de enfermagem;
		Ata de reunião - março	Prescrição de enfermagem;
		Ata de reunião - novembro	Plano de cuidados e divisão das evoluções por período;
		Ata de reunião - abril	Avaliação do processo de enfermagem;
		Ata de reunião - abril	Desconhecimento do processo de enfermagem pelos AE;
		Ata de reunião - abril	Evoluções e anotação de intercorrências;
		Ata de reunião - abril	Aprofundamento da equipe no processo de enfermagem;
		Ata de reunião - abril	Curso sobre o processo de enfermagem;
		Ata de reunião - abril	Metodologia mais simples;
		Ata de reunião - fevereiro	Sistematização da admissão;
		Ata de reunião - fevereiro	Prescrição de enfermagem;
		Ata de reunião - março	Padronização da prescrição por patologias;
		Ata de reunião - março	Recursos humanos insuficientes para a prescrição;
		Ata de reunião - fevereiro	Cronograma de atividades dos pacientes;
		Ata de reunião - fevereiro	Evolução de pacientes graves;
		Ata de reunião - novembro	Implantação da folha de admissão, evolução e prescrição de enfermagem.

Ano	Fatos Importantes	Tipo de documento	Tema
1996	Reunião com os enfermeiros	Ata de reunião – junho	Evolução de enfermagem;
		Ata de reunião – junho	Prescrição de enfermagem;
		Ata de reunião – julho	Evolução no prontuário;
		Ata de reunião – julho	Prescrições padronizadas dos pacientes;
		Ata de reunião – agosto	Impresso de evolução de enfermagem;
		Ata de reunião – agosto	Ausência de evoluções dos pacientes nos prontuários;
		Ata de reunião – agosto	Dificuldade de acompanhar evolução dos pacientes;
		Ata de reunião agosto	Distribuição dos pacientes entre os enfermeiros.
1999	Reunião com os enfermeiros	Ata de reunião - junho	Não realização das prescrições de enfermagem; Qualidade da assistência.
2000	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Circular - julho	Divulgação dos formulários da SAE nos hospitais da rede;
2001	Reunião com os enfermeiros xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Pauta de reunião - março	Evolução semanal;
		Memorando - março	Questionário para avaliação da SAE;
		Memorando - março	Implantação da EE;
		Comunicado - maio	Cronograma de avaliação e EE;
		Comunicado - julho	Não realização da EE por dois enfermeiros;
		Memorando - agosto	Providências administrativas com relação a PE;
		Memorando - novembro	Digitação incorreta das PE;
		Comunicado - agosto	Cronograma de avaliação e EE;
		Circular - outubro	Previsão do consumo mensal dos formulários da SAE.

Ano	Fatos Importantes	Tipo de documento	Tema
2002	Reunião com os chefes de enfermagem das unidades da SES-DF xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Pesquisa/questionário - janeiro	Apresentação do formulário de SAE ao cliente ostomizado;
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Pesquisa/questionário - janeiro	SAE – Como os enfermeiros percebem a SAE?
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Comunicado - janeiro	SAE – Questionário para os Gerentes de Enfermagem
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Instrumentos/formulários - fevereiro/março	Informa a um enfermeiro a não realização da avaliação e evolução de enfermagem;
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Circular GE/DIPAS - março	Protocolo de acompanhamento das etapas da SAE;
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Pesquisa - março	Divulgação do formulário de SAE ao cliente ostomizado;
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Circular GE/DIPAS -março	Relato de experiência – SAE: percepção e avaliação de modelo;
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Comunicado - março	Apresentação de trabalho – SAE: percepção e avaliação entre enfermeiros;
	Reunião com os enfermeiros	Ata de reunião - março	Cronograma de avaliação e evolução de enfermagem;
	Reunião com os enfermeiros	Ata de reunião - abril	Aula teórico-prática sobre exame físico;
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Orientação de serviço-abril	Pauta: envolver os AE no PE, implementação de todos os passos do processo, proposta de escala para os enfermeiros para implementar o PE e individualizar a assistência;
	Reunião com Gerentes e chefes de NE	Pauta de reunião - junho	Padronização da prescrição de enfermagem e anotações;
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Resolução COFEN 272/2002 - agosto	Avaliação de implantação dos impressos e alteração de impressos;
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Relatório de atividades anuais - outubro	Dispõe sobre a SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras;	
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx		Elaboração de evolução de	

Ano	Fatos Importantes	Tipo de documento	Tema
2002 (cont.)	<p>xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxx</p> <p>Reunião com os enfermeiros</p> <p>xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxx</p>	<p>Comunicado - novembro</p> <p>Pauta de reunião -dezembro</p>	<p>enfermagem;</p> <p>Participação de um enfermeiro nas reuniões para SAE ao ostomizado;</p> <p>Educação continuada: aulas ministradas sobre exame físico;</p> <p>Participação de um enfermeiro no SINADEn;</p> <p>Elaboração e apresentação de trabalho científico;</p> <p>Proposta de treinamento dos enfermeiros em DE;</p> <p>Finalizar impresso para EE;</p> <p>Distribuição semanal da escala para individualização da assistência de enfermagem e continuidade das etapas do PE;</p> <p>Pauta: curso de DE, digitação das PE, preenchimento correto e efetivo dos procedimentos de enfermagem;</p>
2004	<p>Reunião da GE-SES/DF</p> <p>Reunião com os enfermeiros</p> <p>xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxx</p> <p>Jornada Científica de Enfermagem da UNIP</p> <p>Reunião com os enfermeiros</p> <p>Reunião com os enfermeiros</p>	<p>Memorando - março</p> <p>Ata de reunião - abril</p> <p>Orientação de serviço - abril</p> <p>Folder - maio</p> <p>Ata de reunião - junho</p> <p>Formulário de SAE - maio</p>	<p>Apresentação de palestra sobre SAE para grupo de supervisores de enfermagem das UTIs da SES-DF;</p> <p>Avaliação de dois modelos de HE para a UR;</p> <p>Disponibilização do guia para execução da PE;</p> <p>Apresentação de palestra sobre DE;</p> <p>Apresentação de estudo de caso de paciente;</p> <p>Divulgação do Fórum de SAE;</p> <p>Teste do HE na UR;</p>

2004 (cont.)	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Formulário de SAE - junho	Avaliação do HE da UR;
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Comunicado - junho	Distribuição de escala de EE entre os enfermeiros;
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Memorando - julho	Solicitação de parecer ao COREN sobre a PE;
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Memorando - julho	Solicitação de apoio do COREN para evento;
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Questionário - julho	Avaliação da nova metodologia da SAE no HAB;
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Comunicado - julho	Escala trimestral de distribuição das enfermarias/enfermeiro;
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Parecer - julho	Resposta de parecer sobre a realização da PE pelo enfermeiro;
	2003	I Fórum de SAE	Ata de reunião - agosto Folder - agosto
Pesquisa - agosto			Questionário de avaliação do Fórum de SAE; Apresentação dos resultados do questionário de Avaliação da nova metodologia da SAE no HAB;
		Pesquisa - agosto	Realização de Estudos de Casos pelos enfermeiros;
		Pesquisa - agosto	História da SAE no HAB;
		Pesquisa - agosto	Exercício de estudos de casos;
		Pesquisa - agosto	SAE em UR segundo modelo conceitual de Horta
		Pesquisa - agosto	Avaliação do Fórum de SAE no HAB.
Aula para AE		Ata de reunião - abril	Aula sobre SAE com AE;
Serviço de Educação Continuada do NE		Ata de reunião - maio	Aula sobre PE com AE;
Reunião com os		Ata de reunião - maio	Ficha de EE da Ala A;

	enfermeiros		Kit de exame físico;
	Reunião com os enfermeiros	Ata de reunião - setembro	Lista de verbos e seqüência para PE;
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Relatório de atividades anuais do NE - novembro	Falta de anotações das evoluções na listagem de pacientes;
			Cumprimento da prescrição de enfermagem;
			Elaboração de novo modelo <i>check list</i> de EE da UCP;
			Participação de um enfermeiro nas reuniões da SAE ao ostomizado;
			Aulas e palestras sobre DE para os enfermeiros;
			Implementação da SAE requer treinamento, supervisão e empenho;
			Proposta de treinamento para o DE;
			Padronizar impresso para EE;
			Elaborar modelo de impresso para EE da UCP;
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Avaliação de desempenho - 2003	SAE: preenchimento do HE, EE e revisão da PE.
Cont. 2004	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Ofício circular COREN-DF - agosto	Comunica a realização do curso de SAE: da teoria á prática para enfermeiros responsáveis técnicos;
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Memorando HBDF - setembro	Solicitação de liberação de enfermeiro para palestra sobre SAE;
	Reunião com os enfermeiros	Pauta de reunião - outubro	Apresentação e discussão do instrumento de Necessidades alteradas e DE da UR;
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Pesquisa	SAE: percepção e aplicabilidade;

2005	<p>xxxxxxxxxxxxxxxxxxx</p> <p>Reunião com os enfermeiros</p> <p>xxxxxxxxxxxxxxxxxxx</p> <p>Reunião do grupo de estudos</p> <p>xxxxxxxxxxxxxxxxxxx</p> <p>Reunião com os enfermeiros</p> <p>I Jornada Científica da Residência de Enfermagem/ SES-DF</p> <p>Programa de Modernização Tecnológica das Unidades Assistências de Saúde (PMTUAS)</p> <p>Reunião com os enfermeiros</p> <p>xxxxxxxxxxxxxxxxxxx</p>	<p>Comunicado interno - janeiro</p> <p>Pauta de reunião - abril</p> <p>Comunicado - abril</p> <p>Ata de reunião - junho</p> <p>Ofício circular COREN-DF - julho</p> <p>Ata de reunião - agosto</p> <p>Ata de reunião - agosto</p> <p>Folder - setembro</p> <p>Memorando GE/DIPAS/SES-DF - outubro</p> <p>Ata de reunião - dezembro</p> <p>Pesquisa - dezembro</p>	<p>Divulgação da distribuição de enfermeiros por enfermaria;</p> <p>SAE: evolução;</p> <p>Divulgação da distribuição de enfermeiros por enfermaria;</p> <p>Reformulação de formulário para admissão de enfermagem na ala A;</p> <p>Reconhecimento que os enfermeiros vêm se destacando no processo de gestão, supervisão e assistência;</p> <p>Utilização do impresso de EE;</p> <p>Escala de enfermeiro por enfermaria para realizar EE e PE;</p> <p>Apresentação de palestra: Relato de experiência na SAE de um Hospital Público;</p> <p>Informa que o enfermeiro Rinaldo de Souza Neves está coordenando o grupo de trabalho para elaboração da SAE;</p> <p>Apresentação do relatório do Grupo SAE – PMTUAS;</p> <p>Análise da SAE nas Alas A e B.</p>
------	--	---	--

2006	67ª Semana Brasileira de Enfermagem e 10ª Semana de Enfermagem	Folder - maio	Apresentação do tema Prontuário Eletrônico do PMTUAS; Apresentação do Projeto de Pesquisa – Análise do processo de implantação e implementação da SAE: um estudo de caso;
	Reunião com os enfermeiros	Ata de reunião - junho	Apresentação da proposta da consulta de enfermagem na UOHP;
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Diário oficial do DF - setembro	Criação do grupo de trabalho para elaboração dos instrumentos de SAE no PMTUAS;
	Reunião com os enfermeiros	Pauta de reunião	Implantação do processo de enfermagem/SAE na UOHP;
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Pesquisa - julho	Apresentação da dissertação de mestrado – Autocuidado em crianças com câncer à luz da Teoria de Orem
		Manual de SAE	Estabelece a rotina para realização do DE na UR.
2007	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Comunicado - abril	Cronograma de avaliação e evolução de enfermagem;
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Comunicado - maio	Escala trimestral de evolução de enfermagem e revisão da prescrição de enfermagem.

APÊNDICE B – PESQUISA: ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM OS ENFERMEIROS INFORMANTES CHAVES (EIC)

Objetivo: Descrever a história de implementação da SAE no hospital em estudo.

Bloco de perguntas para o Enfermeiro Informante Chave (EIC) 1:

1. Como foi a implantação da SAE em sua gestão (motivos do grupo para implantação, forma de implantação, o que foi implantado, estratégias de implantação)?
2. Como a direção ou instituição aceitou esta proposta (recepção, apoio da instituição, logística, impressos novos)?
3. Como foi o preparo da equipe para esta implantação da SAE (enfermeiros e auxiliares de enfermagem)?
4. Quais foram as contribuições da SAE para a assistência?
5. E quais as foram as dificuldades para esta implantação em sua gestão?

Bloco de perguntas para os Enfermeiros Informantes Chaves (EIC) 2, 3 e 4:

1. Fale sobre a SAE enquanto instrumento de planejamento da assistência.
2. Fale sobre a SAE em sua gestão.
3. Quais as fases ou etapas da SAE foram implantadas em sua gestão e por quê?
4. Como foi a capacitação, motivação, estratégias e apoio para a implantação/implementação da SAE?
5. Na implantação houve a participação/discussão da metodologia com outros profissionais da equipe?
6. Como a equipe percebia a estratégia de capacitação para a SAE?

“O que tinha, o que mudou e por que ou o que manteve”.

APÊNDICE C – PESQUISA: TERMO DE CONSENTIMENTO DOS ENFERMEIROS INFORMANTES CHAVES (EIC) PARA GRAVAÇÃO DAS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS

Termo de Consentimento dos Enfermeiros Informantes Chaves (EIC) para Gravação das Entrevistas Individuais

Eu, Rinaldo de Souza Neves, pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **Análise do Processo da Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem: Um Estudo de Caso**, solicito sua colaboração no sentido de participar como entrevistado (a) desta investigação e, para tanto, necessito de sua autorização para gravá-la, o que poderá ser feito mediante assinatura deste termo de consentimento. Farei uma breve exposição sobre a pesquisa e os direitos do entrevistado.

Esta pesquisa tem por finalidade a elaboração de uma Tese de Doutorado como trabalho de conclusão do Curso de Pós-Graduação, em Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília – FS/UnB. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) da SES-DF, qualquer informação adicional entrar em contato com o telefone 33254955 (Comitê de Ética em Pesquisa).

A SAE foi implantada nesta instituição em 1994 juntamente com a inauguração do referido hospital, onde se buscava principalmente a humanização dos cuidados, a qualidade no atendimento ao cliente e a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar.

A Resolução Nº 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe sobre a SAE – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras. Esta resolução considera que a SAE é uma atividade privativa do enfermeiro, que utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

Considerando que essa metodologia de assistência de enfermagem tem sido utilizada em poucas instituições de saúde públicas do DF, buscamos, nesta pesquisa, compreender, avaliar e analisar um modelo de SAE realizado pela equipe de enfermagem do Hospital de Apoio de Brasília de acordo com os seguintes objetivos:

- Avaliar a SAE desenvolvida pela Equipe de Enfermagem do hospital público da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, a fim de identificar as fragilidades e potencialidades para a transformação dessa metodologia e para qualificar a assistência de enfermagem;
- Analisar o processo de implementação da SAE pela equipe de enfermagem;
- Conhecer o processo de trabalho em enfermagem com a SAE;
- Verificar os significados, sentimentos, valores e crenças que são atribuídos a SAE pela equipe de enfermagem;

- Identificar contradições e conflitos nas práticas e discursos da equipe de enfermagem em relação a SAE;
- Levantar com a equipe de enfermagem os aspectos dificultadores bem como os caminhos para transformar a SAE em uma metodologia para qualificar a assistência.

Recursos materiais previstos para a realização da entrevista:

Roteiro semi-estruturado, sala privativa com cadeiras, fitas cassete, gravador.

Tempo previsto para a entrevista individual: 60 (sessenta) minutos.

Direitos do Entrevistado:

1. Garantia de receber resposta a qualquer dúvida, esclarecimento ou pergunta sobre os procedimentos relacionados com a pesquisa;
2. Liberdade de escolha para retirar o consentimento a qualquer momento durante o procedimento da entrevista, deixando de participar do estudo;
3. Segurança de que não será identificado;
4. Compromisso de receber informações atualizadas pelo pesquisador, durante o estudo e sempre que solicitado.

Declaro que tenho ciência do exposto, desejo participar como sujeito da pesquisa.

Nome: _____

Identidade nº _____

Profissão: _____

Cargo ou função: _____

Assinatura: _____

Brasília, ____ de _____ de _____.

Rinaldo de Souza Neves
Doutorando da FS/UnB

Desejando maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, favor entrar em contato com o pesquisador nos telefones: 3253-8343, 9239-3655 ou no endereço eletrônico rinaldodesouza@gmail.com

APÊNDICE D – ANÁLISE DE CONTEÚDO DA ENTREVISTA COM ENFERMEIRO INFORMANTE CHAVE (EIC) 1

FALAS	TEMAS	CATEGORIAS	INTERPRETAÇÃO DO PESQUISADOR
<p>1. “Bem primeiro nós iniciamos o hospital em março de 1994 e a preocupação era mostrar um serviço de enfermagem diferente do que se tinha né, nós tínhamos a idéia do que nós seríamos e do que nós não seríamos então nós não queríamos enfermeiros só atrás de mesa. O enfermeiro praticamente burocrático, então a gente procurou dar todo o cuidado para que o enfermeiro é pudesse assumir a atribuição dele e não fosse muito burocrático, fosse mais técnico né atuando diretamente com o usuário, o paciente”.</p> <p>2. “Então hoje enquanto os hospitais estão preocupados com o enfermeiro na supervisão nós estamos preocupados aqui que o enfermeiro prescreva, prestam uma assistência, então isso teve uma história não foi assim Ah! Por que isso aconteceu”.</p> <p>2. “Primeiro que começou assim alguns hospitais e colegas tinham vindo dos outros hospitais, na cabeça deles era muito difícil eles terem que fazer curativos, porque nos outros hospitais eles não faziam, era muito difícil para eles é ter que passar sonda sendo que na cabeça deles se o paciente pode passar sonda porque que o auxiliar de enfermagem não pode passar sonda, que é um pessoal técnico e a gente nunca admitiu isso a gente nunca admitiu que o enfermeiro ficasse aqui só para supervisionar”</p>	<p>1. “Serviço de enfermagem diferente”</p> <p>“Então nós não queríamos enfermeiros só atrás da mesa”</p> <p>2. “Então hoje enquanto os hospitais estão preocupados com o enfermeiro na supervisão nós estamos preocupados aqui que o enfermeiro prescreva”</p> <p>2. “A gente nunca admitiu que o enfermeiro ficasse aqui só para supervisionar”</p> <p>10. “Mais a sistematização vai ser para cima da gente”</p> <p>3. “Se eu não tivesse implantado a prescrição de enfermagem continuaria o enfermeiro atrás de uma mesa dando ordem”</p>	<p>1. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a filosofia da instituição</p> <p>1. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a filosofia da instituição</p> <p>2. Estratégias de implantação relacionadas com o papel assistencial do enfermeiro</p> <p>2. Estratégias de implantação relacionadas com o papel assistencial do enfermeiro</p> <p>10. Dificuldades da implantação da SAE relacionadas com o Auxiliar de Enfermagem</p> <p>3. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a Chefia de Enfermagem</p>	<p>No início do processo de implantação da SAE no hospital, o Chefe do NE tinha a preocupação de tornar o serviço de enfermagem diferenciado dos outros hospitais da rede através da definição do papel do enfermeiro na assistência direta ao paciente, tornando-o mais técnico e menos burocrata.</p> <p>Essa afirmação deixa clara a preocupação do chefe de enfermagem na época de implantação da SAE para que o enfermeiro não só execute atividades de supervisão de enfermagem, mas que principalmente estivesse voltado também para as ações de assistência ao paciente. Uma das propostas para a implantação do processo esteve voltada para o desenvolvimento da dimensão técnica do cuidar em vez da dimensão administrativa.</p> <p>Revela a importância do papel assistencial do enfermeiro na implantação da SAE</p> <p>Cita a resistência dos auxiliares de enfermagem na implantação da SAE como uma das dificuldades em sua gestão.</p>

<p>10. "... então assim no início eles já tinham tarefas demais, eles falaram então pô mais a sistematização vai ser para cima da gente também?".</p> <p>3. "Agora se não tivesse sido implantado hoje não restaria assim se eu tivesse deixado que os primeiros banhos fossem dados banho no leito hoje seria banho no leito. Se eu tivesse deixado que aqui tivesse os 60 colchões d' água seria 60 colchões d' água se eu não tivesse implantado a prescrição de enfermagem continuaria o enfermeiro atrás de uma mesa dando ordem"</p> <p>3. "... assim então assim é eu tenho muita tranquilidade de ser odiado por alguns colegas enfermeiros não tem problema nenhum porque se eu não tivesse implantado essas coisas querendo ou não querendo hoje a gente estaria grande parte dos colegas infelizmente dando ordem e fazendo escala"</p> <p>17. "... e não foi para isso que eu vim pra cá então é difícil é muito difícil é você passar a ser odiado por muita gente. Não tem importância ser odiado. Agora a figura do W isso eu não queria pra mim as implementações que ele falou não tem como apagar né, não tem como apagar isso que foi implantado. Então foi muito complicado foi, é os enfermeiros me odiavam de cima em baixo, odiava sim no início é é fizeram reuniões que queriam passar curativo para auxiliares de enfermagem queriam mas não conseguiram por que? Porque os auxiliares já não aceitavam mais né que</p>	<p>3. "Se eu não tivesse implantado essas coisas querendo ou não querendo hoje a gente estaria grande parte dos colegas infelizmente dando ordem e fazendo escala"</p> <p>17. "É muito difícil é você passar a ser odiado por muita gente"</p>	<p>3. Estratégias de implantação relacionadas com a Chefia de Enfermagem</p> <p>17. Sentimentos relacionados com a implantação da SAE</p>	
---	--	---	--

<p>fosse dado isso pra eles e a direção já não aceitou mais, então hoje o enfermeiro querendo ou não querendo assume importância. É o fator primordial, apesar deles não que escreveram a história. E a gente não consegue trabalhar sem o enfermeiro Ah! Se você me perguntasse há 10 anos atrás, a gente ficaria sem os enfermeiros, se tivesse a idéia de ter colocado tudo para cima do auxiliar de enfermagem”.</p>			
<p>4. “Bem então no primeiro ano do hospital a gente implantou as rotinas né porque você não tinha como implantar a sistematização sem você ter a rotina. Então, por exemplo, qual seria a nossa idéia do banho, não seria banho no leito, seria banho no chuveiro, eu não tinha colchão d’água no hospital, seria mudança de decúbito. Então a partir do momento que nós tínhamos toda a rotina do hospital implantada e para assistência de enfermagem. Como seria a rotina de enfermagem. Aí nós passamos a implementar como seria a sistematização”.</p> <p>4. “É a primeira estratégia é você montar como o hospital era novo, era montar a rotina do hospital que ele não tinha rotina específica, tinha uma rotina que cada um trazia de cada hospital, então montar a rotina de curativo, como seria o curativo era em 3 X porque assim a sistematização depende da rotina do serviço prestado a sistematização que é feita no HB”.</p> <p>1. “porque cada um tem a sua maneira de trabalhar e a sua especificidade, o hospital tem a especificidade dele que é os usuários crônicos”.</p>	<p>4. “No primeiro ano do hospital a gente implantou as rotinas” “Rotina do hospital implantada” “Como seria a rotina de enfermagem”</p> <p>4. “A primeira estratégia era montar a rotina do hospital”</p> <p>4. “A sistematização depende da rotina do serviço prestado”</p> <p>1. “Cada um tem a sua maneira de trabalhar e a sua especificidade”</p> <p>4. “A gente começou primeiro a implantar aquilo que seria rotina no hospital”</p> <p>4. “Como seria a fiscalização dessa mudança de decúbito”</p>	<p>4. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a elaboração das rotinas</p> <p>4. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a elaboração das rotinas</p> <p>4. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a elaboração das rotinas</p> <p>1. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a filosofia da instituição</p> <p>4. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a elaboração das rotinas</p> <p>4. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a elaboração das rotinas</p>	<p>4. Um dos fatores determinantes para o início do processo de construção da SAE foi à definição e implantação das rotinas de enfermagem (banho, mudança de decúbito). Uma das estratégias utilizadas para essa implantação, foi então montar a rotina das unidades do hospital, onde deveria se considerar a especificidade da unidade de saúde e da própria assistência de enfermagem, ou seja, aquelas rotinas do hospital em que a enfermagem estava inserida.</p> <p>Estabelece a elaboração das rotinas de enfermagem como estratégia para a implantação da SAE.</p> <p>A implantação da SAE deve estar direcionada para as necessidades e rotinas das unidades de internação.</p> <p>Estabelece relação entre a clientela e o tipo de serviço e a necessidade de uma filosofia institucional que possa possibilitar o trabalho do profissional da enfermagem.</p>

<p>4. “então assim a gente começou primeiro a implantar aquilo que seria rotina no hospital. Então como que seria os banhos é não teria colchão d’água, então seria mudança de decúbito de 2 x 2 horas como seria a fiscalização dessa mudança de decúbito e como seria os sinais vitais né a rotina assim qual o usuário que teria sinais vitais de 6 x 6 horas, de 4 x 4 horas, de 12 x 12 horas, qual o horário que seria os sinais vitais de rotina e como seria instalar para instalar a gavagem que hoje é alimentação enteral, como seria o cateter de punção, de quanto em quanto tempo a gente ia puncionar veia com jelco, se ia ficar para sempre é enquanto o usuário conseguisse e não causasse flebite”.</p>			
<p>5. “E não para mim era importante implantar aquilo de imediato, aí as primeiras prescrições de enfermagem foi assim, um enfermeiro ficará responsável por X enfermarias e ele prescrevia esses usuários, então ele não ficava responsável por todo mundo, a gente alterava, e começou a ser feito na mão né depois a gente conseguiu o computador no hospital e essa prescrição começou a ser feita no computador”.</p>	<p>5. “As primeiras prescrições de enfermagem foi assim, começou a ser feita na mão e depois começou a ser feita no computador”</p>	<p>5. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a prescrição de enfermagem</p>	<p>5. Inicialmente a elaboração das prescrições de enfermagem foi manual e depois passou a ser informatizada.</p>
<p>6. “Então na cabeça do Vice Diretor até o Dr. C. na época era muito complicado como que o enfermeiro ia perder tempo para fazer uma sistematização, a prescrição sendo que ele ia fazer aquela prescrição. Aí eu tive que montar um projeto, aí montei um projeto, esse projeto foi indeferido pelo Dr. J. que era o qual a gerência de enfermagem era diretamente subordinada, aí é também não entendi esse processo ficou</p>	<p>6. “Aí eu tive que montar um projeto” “Esse projeto foi indeferido” “Esse processo ficou muito tempo na mesa” “Quem decide o que vai ser feito na enfermagem sou eu”</p>	<p>6. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a elaboração de um projeto</p>	<p>6. A Chefia de Enfermagem do HAB montou um projeto de sistematização que foi encaminhado para a diretoria e vice-diretoria da unidade. Esse projeto foi indeferido pela vice-diretoria e permaneceu muito tempo arquivado, sendo necessária uma postura mais impositiva e autoritária por parte da Chefia de Enfermagem para a implantação da SAE. Percebe-se uma relação conflituosa entre o chefe de enfermagem e a diretoria no que se refere ao processo inicial de implantação da prescrição de enfermagem, uma das etapas da SAE. Essa relação também foi estabelecida pela responsabilidade técnica que o chefe de enfermagem detinha</p>

<p>muito tempo na mesa e falei assim, vamos fazer o seguinte a parte técnica de enfermagem cuidou eu, então assim você não vai mais se intrometer na minha parte técnica, você pode se intrometer na parte administrativa. Agora a parte técnica quem decide o que vai ser feito da enfermagem sou eu, e eu implantei assistência de enfermagem. É assim com o tempo tiveram que engolir, eu implantei e ele queria assim, que tivesse um tempo para pensar mas para ver como seria feito, se ia ter prescrição de enfermagem”.</p>			<p>em relação ao desenvolvimento ao serviço de enfermagem, especialmente, no que se refere ao planejamento e organização da SAE, fato esse que determinou a implantação da prescrição de enfermagem na instituição.</p>
<p>3. “Sim porque ela foi implantada de goela abaixo, eu não perguntei pros colegas enfermeiros se eles acharam que tinha que implantar, eu não perguntei, eu falei assim a partir do dia 1º vai ter sistematização”.</p> <p>3. “porque se eu fosse esperar nunca ninguém estaria preparado para a sistematização ta, então ela foi assim a partir do dia 1º nós vamos ter a prescrição de enfermagem, todo mundo assustou e falou, mas isso é um absurdo, não era absurdo”.</p> <p>“eu simplesmente estava colocando no papel aquilo que já era feito e prescrito por outros profissionais né, então assim se você pega é a quantidade de leitos na época eu estabeleci o seguinte eu tinha na época 30 leitos de um lado e 20 do outro”.</p> <p>7. “então eu estabeleci é um enfermeiro para cada 10 leitos né, foi implantado nessa proporção”.</p>	<p>3. “Ela foi implantada de goela abaixo, eu não perguntei para os colegas enfermeiros”</p> <p>3. “Se eu fosse esperar, nunca ninguém estaria preparado para a sistematização”</p> <p>3. “Eu simplesmente estava colocando no papel aquilo que já era feito e prescrito por outros profissionais”</p> <p>7. “Eu estabeleci é um enfermeiro para cada 10 leitos”</p>	<p>3. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a Chefia de Enfermagem</p> <p>3. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a Chefia de Enfermagem</p> <p>3. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a chefia de Enfermagem</p> <p>7. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a divisão de enfermeiros x leitos</p>	<p>3. A fase inicial de implantação da SAE foi caracterizada por uma posição autoritária da chefia e sem a participação dos enfermeiros na construção da metodologia de assistência de enfermagem. Por outro lado, a chefia de enfermagem consolidou esse processo através da iniciativa pessoal e poder que detinha no serviço de enfermagem, estabelecendo a divisão dos enfermeiros por leito e a utilização dos impressos para a execução da prescrição de enfermagem.</p> <p>Estabelece a divisão dos enfermeiros por leitos para a execução da prescrição de enfermagem.</p> <p>Estabelece a divisão dos enfermeiros por leitos para a execução da prescrição de enfermagem.</p>
<p>11. “A sistematização, ela demorou dois anos para ser implantada, porque assim na cabeça de outros profissionais como no hospital, era</p>	<p>11. “A sistematização, ela demorou dois anos para ser implantada”</p>	<p>11. Dificuldades de implantação da SAE relacionadas com o tempo</p>	

<p>um hospital que o trabalho era em equipe”</p> <p>12. “mas na cabeça de muitos profissionais era difícil você prescrever aquilo que você ia fazer. Então, por exemplo, como que um enfermeiro ia prescrever um curativo se era ele que ia fazer o curativo né, como que vou, porque se teve a idéia muito de que o médico prescrevia um procedimento que ele ia fazer, ele relatava o procedimento então, por exemplo, podia fazer uma punção de subclávia, não escrevia lá fazer punção de subclávia. Ele ia fazer né, ele instalava a punção de subclávia, falava assim eu vou fazer a punção de subclávia ele ia lá e descrevia o que foi feito. Feito punção de subclávia então não existia o pré na prescrição médica pra ele fazer”.</p>	<p>“12. Era difícil você prescrever aquilo que você ia fazer”</p>	<p>12. Dificuldades de implantação da SAE relacionadas com a prescrição de enfermagem</p>	<p>Uma das dificuldades encontradas esteve relacionada com a prescrição de procedimentos para que o próprio enfermeiro executasse.</p>
<p>13. “Quando fui implantar a ficha eles queriam que fosse separada a prescrição médica da prescrição de enfermagem aí eu não abri mão, ela até saiu errada, ela saiu como prescrição de enfermagem, não saiu como prescrição de enfermagem”</p> <p>14. “aí eu briguei e consegui que ela ficasse junto com a prescrição médica então ela é do lado da prescrição médica”</p> <p>15. “só que se tinha muita dificuldade porque os enfermeiros não eram acostumados com a sistematização”.</p>	<p>13. “Eles queriam que fosse separada a prescrição médica da prescrição de enfermagem”</p> <p>14. “Eu briguei e consegui que ela ficasse junto com a prescrição médica”</p> <p>15. “Só que tinha muita dificuldade porque os enfermeiros não eram acostumados com a sistematização”</p>	<p>13. Dificuldades de implantação da SAE relacionadas com os médicos</p> <p>14. Dificuldades de implantação da SAE relacionadas com a prescrição médica</p> <p>15. Dificuldades de implantação da SAE relacionadas com o enfermeiro</p>	<p>Os médicos não aceitaram a confecção da prescrição de enfermagem no verso da prescrição médica.</p> <p>O início da implantação da prescrição de enfermagem foi estabelecido através da imposição da Chefia de Enfermagem neste processo.</p> <p>Uma das dificuldades apontadas para implantação da prescrição de enfermagem esteve relacionada com o desconhecimentos dos próprios enfermeiros em relação a esta etapa da SAE.</p>
<p>13. “Já tem muita coisa para ser implantada eu falei, vai ter que ser atribuição de vocês. Quando o enfermeiro começou a prescrever os primeiros sinais vitais, os médicos começaram a questionar também, vem cá mais olhe Dr.</p>	<p>13. “Foi uma briga com os médicos”</p>	<p>13. Dificuldades de implantação da SAE relacionadas com os médicos</p>	<p>A implantação da prescrição de enfermagem se deu através de conflitos entre os médicos e a Chefia de Enfermagem.</p>

<p>você prescreve só medicação então também foi uma briga com os médicos</p> <p>13. “Aí eles faziam, eles começaram também a fazer prescrição tipo assim cuidados gerais, aí eu tive uma reunião, eu não admito que vocês escrevam cuidados gerais eu não sou empregado doméstico de vocês”.</p>	<p>13. “Eu não admito que vocês escrevam cuidados gerais eu não sou empregado doméstico de vocês”</p>	<p>13. Dificuldades de implantação da SAE relacionadas com os médicos</p>	
<p>15. “Então é assim foi muito complicado você implantar a sistematização, primeiro você convencer as pessoas da importância da sistematização e depois você convencer o próprio enfermeiro, e depois você determinar que o enfermeiro fizesse isso né”.</p>	<p>15. “Foi muito complicado você implantar a sistematização”</p>	<p>15. Dificuldades de implantação da SAE relacionadas com o enfermeiro</p>	<p>Outra dificuldade apontada para implantação da prescrição de enfermagem esteve relacionada com a necessidade de sensibilização dos enfermeiros por parte da Chefia de Enfermagem para a execução da SAE nas unidades.</p>
<p>18. “Hoje a sistematização ela acontece. Aí ela passou na minha época, passou a ser semanal como é a prescrição médica, então você faz a prescrição da assistência de enfermagem durante a semana né, vai ser feita durante toda a semana e o enfermeiro que for chegando e tiver alguma alteração nela ele vai fazer essa alteração diária”.</p>	<p>18. “Hoje a sistematização ela acontece, você faz a prescrição da assistência de enfermagem durante a semana e vai fazer essa alteração diária”</p>	<p>18. Perspectivas de implementação da SAE</p>	
<p>4. “A sondagem vesical de quanto em quanto tempo ia ser mudada, a sondagem vesical é de demora, então a primeira estratégia foi montar as rotinas específicas do hospital”</p> <p>5. “A partir dessa rotina foi conscientizar os enfermeiros sobre a prescrição de enfermagem né, sobre a sistematização de enfermagem”</p> <p>7. “e a partir daí colocar um grupo X de usuários para cada setor para que cada enfermeiro pudesse prescrever essa quantidade de paciente tá”</p> <p>16. “então no momento</p>	<p>4. “A primeira estratégia foi montar as rotinas específicas do hospital”</p> <p>5. “Conscientizar os enfermeiros sobre a prescrição de enfermagem”</p> <p>7. “Colocar um grupo X de usuários para cada enfermeiro pudesse prescrever”</p> <p>16. “Não houve a sistematização e implementação da sistematização como um todo”</p>	<p>4. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a elaboração de rotinas</p> <p>5. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a prescrição de enfermagem</p> <p>7. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a divisão de enfermeiros x leitos</p> <p>16. Dificuldades de implantação da SAE relacionadas com o processo</p>	<p>Para a implantação da SAE nas unidades foi necessário a elaboração das rotinas de enfermagem.</p> <p>Ressalta a dificuldade de implantação de todas as etapas da SAE e estabelece como primeiro passo para sua implantação através da prescrição de enfermagem.</p>

de implantação não houve a sistematização e implementação da sistematização como um todo, houve a prescrição de enfermagem”.			
15. “No início foi confuso aquilo que eu te falei né, eles tinham dificuldade em entender como você prescrevia uma coisa para você mesmo fazer, foi muito difícil pra gente”.	15. “Eles tinham dificuldade em entender como você prescrevia uma coisa para você mesmo fazer”	15. Dificuldades de implantação da SAE relacionadas com os enfermeiros	Cita o despreparo e desconhecimento dos enfermeiros com relação a execução da prescrição de enfermagem.
16. “A instituição como um todo ela não tinha isso no quadro dela então ela não tinha sistematização então ela ficava sem entender o que era sistematização, então assim foi mais uma idéia que pintou de mim, assim para passar pros outros da importância da sistematização porque também senão tivesse partido daí eu acho que hoje não estaria onde tava não estaria a sistematização no hospital implantada. Então eu vi a importância de prescrever de fazer a sistematização e coloquei a importância para os enfermeiros”.	16. “A instituição como um todo ela não tinha isso no quadro dela então ela não tinha sistematização então ela ficava sem entender o que era sistematização”	16. Dificuldades de implantação da SAE relacionadas com a instituição	
10. “Não em geral os auxiliares de enfermagem tiveram no início eles não entenderam muito bem” 15. “também os enfermeiros como não tinham experiência na prescrição ficavam meio confusos também né, então a gente foi mais, um fazia e os outros iam copiando por ex: a Beatriz era professora, então a B fazia e a gente ia mais por cópia, copiando a prescrição de enfermagem, isso é a gente via mais ou menos, é por paciente, se um parecia com o outro, então lesado medular” 5. “geralmente as prescrições eram todas iguais então praticamente a gente fez as prescrições	10. “Os auxiliares de enfermagem não entenderam muito bem” 15. “Os enfermeiros não tinham experiência na prescrição” 5. “Geralmente as prescrições eram todas iguais, a gente fazia as prescrições para todo mundo igual, foi um modelo pré-traçado que serviu para os outros”	10. Dificuldades de implantação da SAE relacionadas com os auxiliares de enfermagem 15. Dificuldades de implantação da SAE relacionadas com os enfermeiros 5. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a prescrição de enfermagem	Revela o desconhecimento dos auxiliares de enfermagem com relação a SAE. Destaca o despreparo dos enfermeiros com relação à prescrição de enfermagem. Como estratégia de implantação da prescrição de enfermagem foi confeccionado um modelo padronizado para esta etapa.

<p>para todo mundo igual. A ala A as prescrições eram praticamente todas iguais, então foi mais um modelo pré-traçado que serviu para os outros”.</p>			
<p>5. “Foi falado assim a partir do dia 1º, eu sempre gosto de implantar as coisas a partir do dia 1º, vai começar a assistência de enfermagem prescrita, então começou. E aí a gente começou a fazer grupos para os códigos, então é assim para não ter que escrever o que seria por ex: aceitou dieta, então AD, evacuou no período, EP, né urinou no período, UP, né então as siglas que foram que foi sentado com a equipe ao invés deles anotar eles começaram a fazer as siglas e isso era o mais importante, assim que houve essa participação da equipe, mas não estava lá prescrito as pessoas só checavam”.</p>	<p>5. “A partir do dia 1 vai começar a assistência de enfermagem prescrita, a gente começou a fazer grupos para os códigos, as siglas para anotar” “Não estava lá prescrito, as pessoas só checavam”</p>	<p>5. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a prescrição de enfermagem</p>	
<p>5. “Os auxiliares, os enfermeiros começaram a pegar como padrão de prescrição lesado medular vai ser essa prescrição fora da possibilidade terapêutica, vai ser essa prescrição, AVC vai ser essa prescrição, então mais fórmulas prontas de prescrição do que aquilo de fato que era necessidade imediata”.</p>	<p>5. “Os auxiliares, os enfermeiros começaram a pegar como padrão de prescrição, mais fórmulas prontas de prescrição”</p>	<p>5. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a prescrição de enfermagem</p>	
<p>3. “A principal coisa que eu vejo com a sistematização é a valorização do profissional enfermeiro, é a principal coisa que eu acho que ajudou muito assim porque é teoricamente a assistência ela era prestada, ela não tinha uma fórmula de como seria prestada, ela não tinha uma seqüência de como ela seria prestada, tá entendendo? Então eu acho assim o principal ganho da sistematização foi logo a valorização do profissional</p>	<p>3. “A principal coisa que eu vejo com a sistematização é a valorização do profissional enfermeiro”</p> <p>3. “O principal ganho da sistematização foi logo a valorização do profissional enfermeiro e com isso a organização do serviço de enfermagem”</p> <p>3. “A sistematização ela</p>	<p>3. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a Chefia de Enfermagem</p> <p>3. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a Chefia de Enfermagem</p>	

<p>enfermeiro e com isso organizando o serviço de enfermagem automaticamente.</p> <p>3. “Se você tem uma organização do serviço de enfermagem quem vai ser privilegiado com isso que vai ter o lucro disso tudo é o próprio paciente. Então eu acho que a sistematização ela vem mais para organizar um serviço que existia mas que era desorganizado”.</p>	<p>vem mais para organizar um serviço que existia, mas que era desorganizado”</p>	<p>3. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a Chefia de Enfermagem</p>	
<p>10. “Foi à rejeição é né pela quantidade de tarefas que os profissionais de enfermagem já tinham e ainda teriam mais essa”.</p>	<p>10. “Rejeição pela quantidade de tarefas”</p>	<p>10. Dificuldades de implantação da SAE relacionadas com os auxiliares de enfermagem</p>	
<p>8. “Não tive também muita dó de toda equipe, nutricionista também, porque quando eu implantei a sistematização, eu tirei o relatório. Por que eu tirei o relatório? Porque as pessoas elas iam ao relatório, por exemplo, a nutricionista ela ia ao relatório para saber como o paciente tinha passado a noite e eu não concordava com isso”.</p> <p>3. “Não, não e o enfermeiro que tem que dizer que o paciente está em jejum, o nutricionista que tem que saber do usuário que ele ta cuidando se amanhã ele pode comer normal, se ele vai ter exame ou se ele não vai ter exame ta então assim as resistências foram mais por causa disso porque quando eu implantei a sistematização eu tirei tudo aquilo que dava suporte para os outros trabalharem, tirei o carona”</p>	<p>8. “Eu tirei o relatório”</p> <p>8. “A nutricionista ela ia ao relatório para saber como o paciente tinha passado a noite, e eu não concordava com isso”</p> <p>3. “Eu implantei a sistematização, eu tirei tudo aquilo que dava suporte para os outros trabalharem, tirei o carona”</p>	<p>8. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a equipe de saúde</p> <p>8. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a equipe de saúde</p> <p>3. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a Chefia de Enfermagem</p>	
<p>8. “Cada um assumiu definitivamente a sua atribuição com a prescrição, então como isso foi feito 3,4 anos depois da inauguração do hospital então o</p>	<p>8. “Cada um assumiu definitivamente a sua atribuição com a prescrição” “Cada macaco no seu galho”</p>	<p>8. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a equipe de saúde</p>	

<p>peçoal ficou assustadíssimo hoje eles vêem que assim cada macaco no seu galho".</p>			
<p>18. "Tem funcionado claro que com a IK, com os outros chefes de enfermagem que vieram, as coisas foram aprimorando né, mas eu acho que ainda acredito que a sistematização ainda está muito abaixo do que deveria ser né os protocolos não são feitos, os formulários não são preenchidos como deveria".</p>	<p>18. "Acredito que a sistematização ainda está muito abaixo do que deveria ser, os protocolos não são feitos"</p>	<p>18. Perspectivas de implantação da SAE</p>	
<p>18. "E assim o que eu sugiro para enfermagem e vem sugerindo é que o enfermeiro tenha que ser enfermeiro de enfermaria ele tem que prescrever, então ele tem que ter uma hora só pra isso, você não pode ter um enfermeiro aqui de manhã fazendo curativo e despachado paciente para exame, vendo se todo mundo tomou banho, nada e ainda com a prescrição então você tem que ter um enfermeiro dividido como médico faz. O enfermeiro vem aqui dois na Ala B e dois na Ala A só para prescrever porque ele vai ficar só pra aquilo, ele vai chegar no paciente, ele vai conversar, ele vai avaliar o paciente, ele vai evoluir esse paciente, ele vai saber tudo sobre esse paciente né".</p>	<p>18. "O enfermeiro tenha que ser enfermeiro de enfermaria, você tem que ter um enfermeiro dividido como o médico faz, ele vai chegar ao paciente, ele vai conversar, ele vai avaliar o paciente, ele vai evoluir esse paciente e ele vai saber tudo sobre esse paciente"</p>	<p>18. Perspectivas de implantação da SAE</p>	
<p>9. "Na minha época só tinha a evolução e a prescrição, na minha época eu não criei muito formulário não, eu criei a prescrição e a própria evolução, então, por exemplo, você admitia o usuário, você fazia o exame físico na evolução, fazia as suas condutas na evolução e você acompanhava através da evolução, então não mudei muito em termo de formulário porque eu acreditava que a evolução de lê tinha que ser feita junto com a evolução médica e não num formulário específico, só pra</p>	<p>9. "Na minha época só tinha a evolução e a prescrição, eu não criei muito formulário"</p> <p>9. "não mudei muito em termo de formulário, porque eu acreditava que a evolução de lê tinha que ser feita junto com a evolução médica e não num formulário específico"</p>	<p>9. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com os instrumentos/formulários</p> <p>9. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com os instrumentos/formulários</p>	

<p>gente acompanhar, então as pessoas tinham que ver a evolução da enfermagem, então por isso que eu não criei muito formulário, eu tinha a evolução que era padrão da secretaria, que você admitia o usuário nessa evolução e tinha a prescrição que foi criada”.</p>			
<p>1. “Quando a gente implantou e agora com a implantação geral do hospital ela hoje é referência né na Secretaria de Saúde”.</p>	<p>1. “Ela hoje é referência na Secretaria de Saúde”</p>	<p>1. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a filosofia da instituição</p>	<p>Associa a necessidade de uma filosofia institucional que possa possibilitar a implantação da SAE.</p>
<p>18. “A Secretaria de Saúde veio tentar buscar a nossa sistematização para implantar nos outros hospitais né, o que do meu ponto de vista ele é inviável, hoje eu acho que a Secretaria de Saúde tinha que implantar a sistematização dentro das unidades de terapia intensiva né e as UTIs da Secretaria ser só enfermeiro e auxiliar de enfermagem para dar o banho, eu acho que assim como a gente não tem como colocar um enfermeiro em toda a rede para prestar assistência como deveria ser, eu acho que você deveria começar a priorizar UTI, à partir de hoje é só enfermeiro que trabalha dentro de UTI, e aí você tem como você colocar sistematização, sistematização na rede ainda é muito perdida alguns gatos pingados de colegas que querem implantar a sistematização. Mas eles não tem continuidade porque é um enfermeiro de supervisão é só ele de manhã então não tem como fazer isso”.</p>	<p>18. “A Secretaria de Saúde veio tentar buscar a nossa sistematização para implantar nos outros hospitais” 18. “Secretaria de Saúde tinha que implantar a sistematização dentro das unidades de terapia intensiva”</p> <p>18. “Eu acho que você deveria começar a priorizar UTI”</p> <p>18. “Sistematização na rede ainda é muito perdida alguns gatos pingados de colegas que querem implantar a sistematização”</p>	<p>18. Perspectivas relacionadas com a implantação da SAE</p> <p>18. Perspectivas relacionadas com a implantação da SAE</p> <p>18. Perspectivas relacionadas com a implantação da SAE</p> <p>18. Perspectivas relacionadas com a implantação da SAE</p>	<p>Destaca a obrigatoriedade de implantação da SAE nas UTIs da rede hospitalar.</p>
<p>5. “... e eu vou pôr prescrição para 50, eu tinha uma quantidade de enfermeiros, eu tinha uma quantidade de leitos, eu falei vai ser nessa proporção, essa quantidade de enfermeiro por leito né e assim se você fosse analisar todos os períodos e ainda seriam</p>	<p>5. “... eu vou pôr prescrição para 50, ele teria obrigação de cuidar desses cinco usuários”</p>	<p>5. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a prescrição de enfermagem</p>	<p>Estabelece a divisão de leitos por enfermeiros para a execução da prescrição de enfermagem.</p>

<p>bem menos, seriam um para cinco né, porque de M, T, N, então cada período teria cinco, então ele teria obrigação de cuidar desses cinco usuários".</p>			
<p>3. "Não 1º eu fui gerente de enfermagem aí eu implantei, era chefe de enfermagem implantei ela de goela abaixo, depois eu fui para gerência administrativa, aí eu apoiava a gerência de enfermagem já era outra visão né então aí eu comecei a apoiar a gerência de enfermagem então assim o apoio veio assim a partir do momento que o Dr. Cid e o Dr. Jaime me deram liberdade para tocar a enfermagem a parte técnica então eu não precisava de apoio de ninguém precisava de apoio dos colegas pra estar discutindo comigo o que seria mudado ou não eles deram sugestões".</p>	<p>3. "Implantei ela de goela abaixo"</p> <p>17. "Precisava de apoio dos colegas para estar discutindo comigo o que seria mudado"</p>	<p>3. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a Chefia de Enfermagem</p> <p>17. Sentimentos relacionados com a implantação da SAE</p>	<p>A Chefia de Enfermagem implantou a SAE de forma autoritária e sem a participação de outros elementos da equipe de enfermagem.</p>
<p>9. "É tanto que assim a prescrição é a essência da prescrição ela continua agora os outros protocolos os outros formulários eles foram criados com a medida do tempo. Na minha época foi muito pouco, porque o que aconteceu, eu cheguei aqui em abril e fiquei chefe de enfermagem até dezembro, então nessa fase não foi implantado o processo. Em janeiro assumi a direção administrativa então fiquei dois anos na direção administrativa, também não foi implantado o processo quando eu voltei na segunda vez, é que o processo foi implantado no 3º ano. Então essas coisas todas elas foram implantadas é na 2ª gestão tá, então aí eu implantei e também fiquei muito pouco tempo, eu fiquei 6 meses foi o tempo de eu implantar e voltar de novo para administração né, então eu fiquei nessa quer dizer eu vim implantei e voltei para a</p>	<p>9. "Agora os outros protocolos os outros formulários eles foram criados com a medida do tempo"</p> <p>3. "A IN não teve muito tempo para me avaliar o que eu queria e o que não queria implantar, a partir daí as outras gerências de enfermagem é que foram implantar"</p>	<p>9. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com os instrumentos/formulários</p> <p>3. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com Chefia de Enfermagem</p>	

<p>administração. Aí foi quando a Ikuyo assumiu, então assim a IN não teve muito tempo para me avaliar o que eu queria e o que não queria implantar, a partir daí as outras gerências de enfermagem é que foram implantar” .</p>			
<p>17. “A minha formação na Universidade de Brasília né da importância da sistematização da assistência de enfermagem e valorização do profissional enfermeiro porque assim era muito difícil eu ouvir que era enfermeso, e que enfermeiro não fazia nada isso me incomodava muito”</p> <p>3. “e eu queria mostrar para a direção do hospital que o enfermeiro tinha valor e que ele tinha a sua função dentro da instituição né, então isso me incomodou muito o fato da nossa profissão ser sempre denegrida a imagem dela, sempre criticada”</p> <p>3. “eu falei não o enfermeiro tinha o posicionamento dele bem definido dentro da instituição, então assim quando eu fui implantar a assistência de enfermagem o meu principal foco era a valorização do profissional enfermeiro e automaticamente melhorar assistência prestada ao usuário na assistência de enfermagem” (IC – 01).</p>	<p>17. “Era muito difícil eu ouvir que era enfermeso”</p> <p>3. “Eu queria mostrar para a direção do hospital que o enfermeiro tinha valor”</p> <p>3. “Eu falei não o enfermeiro tinha o posicionamento dele bem definido dentro da instituição”</p> <p>3. “O meu principal foco era a valorização do profissional enfermeiro e automaticamente melhorar a assistência de enfermagem”</p>	<p>17. Sentimentos relacionados com a implantação da SAE</p> <p>3. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a Chefia de Enfermagem</p> <p>3. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a Chefia de Enfermagem</p> <p>3. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a Chefia de Enfermagem</p>	
<p>18. “Hoje eu estou na administração né, então eu só vejo as coisas acontecerem, mas a minha preocupação hoje é que o enfermeiro tem que ser enfermeiro de enfermaria, só que assim quando você está na administração você pode atuar assim muito na parte administrativa de recursos humanos, você não pode atuar diretamente na área técnica”</p>	<p>18. “A minha preocupação hoje é que o enfermeiro tem que ser enfermeiro de enfermaria”</p> <p>17. “A enfermagem daqui ela tem certa resistência comigo porque tudo que eu implantei foi</p>	<p>18. Perspectivas de implementação da SAE</p> <p>17. Sentimentos relacionados com a implantação da SAE</p>	

<p>17. “então assim a enfermagem daqui ela tem certa resistência comigo porque tudo que eu implantei foi determinado, eu não perguntei para ninguém, se aqui ia ser banho no leito eu falei vai ser banho de chuveiro, eu não perguntei pra ninguém aqui quantos colchões d’água queriam, eu falei não vai ter colchão d’água, então isso pra você passar por cima disso é muito complicado, hoje ninguém dá banho no leito mas mesmo que eu posso morrer eu posso embora, ninguém vai dar banho no leito, eles viram que banho no leito não existe e que não é banho no leito que trás dignidade para a pessoa”</p> <p>3. “A prescrição de enfermagem é uma coisa que não tem como voltar atrás né, então assim eu fiz coisas que tinha de ser implantados, tinha que ser passado por cima de todo mundo, um trator que não tem como voltar, mas, não tem como voltar atrás, então hoje se alguém chegar e falar não vai ter mais assistência de enfermagem, não vai mais ter prescrição de enfermagem não consegue acabar com isso e isso foi o colchão, a mudança de decúbito ninguém consegue falar que não vai ter mudança de decúbito aqui vai ser colchão d’água porque foi implantado então não tem como voltar atrás mais essas coisas”.</p>	<p>determinado, eu não perguntei para ninguém”</p> <p>3. “Tinha que ser passado por cima de todo mundo”</p>	<p>3. Estratégias de implantação da SAE relacionadas com a Chefia de Enfermagem</p>	
---	---	--	--

APÊNDICE E – ANÁLISE DA SAE NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Anexo IV - Instrumento de Análise da Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Unidades de Reabilitação (B) Cuidados Paliativos (A)						
A adaptação da Estrutura proposta por CIANCARULLO (1997) e NEVES, SHIMIZU, JESUS & VENZI (2007)						
Nome do Paciente: _____		Análise Número: _____		Idade: _____ anos		
Ala de Internação: () Unidade de Reabilitação () Unidade de Cuidados Paliativos		Sexo: () Masc. () Fem.		Enfermaria: _____		
Data de admissão: ____/____/____		RG: _____		Leito: ____/____/____		
Data de saída: ____/____/____		Enfermaria: _____		Data de saída: ____/____/____		
Pesquisador (a): () Rinaldo Neves () Tânia Jesus () Edna Venzi () Outros						
Nº do Item	1 - Histórico de Enfermagem da Unidade de Reabilitação (B)	Total de itens	Sim ()	Incompleto ()	Não ()	Observações:
1	Formulário histórico de enfermagem utilizado corretamente	*	()	*	()	
2	Dados do cabeçalho do formulário corretos e completo	2	2 ()	1 ()	0 ()	
3	Dados de identificação do cliente no formulário corretos e completos	12	12 ()	11 a 6 ()	5 a 0 ()	
4	1. Dados da necessidade de oxigenação corretos e completos	6	6 ()	5 a 3 ()	2 a 0 ()	
5	2. Dados da necessidade de circulação corretos e completos	3	3 ()	2 a 1 ()	0 ()	
6	3. Dados da necessidade de regulação térmica corretos e completos	6	6 ()	5 a 3 ()	2 a 0 ()	
7	4. Dados da necessidade de integridade cutâneo-mucosa corretos e completos	4	4 ()	3 a 2 ()	1 a 0 ()	
8	5. Dados da necessidade de percepção/aprendizagem e orientação no tempo e espaço corretos e completos	13	13 ()	13 a 6 ()	5 a 0 ()	
9	6. Dados da necessidade de nutrição e hidratação corretos e completos	4	4 ()	3 a 2 ()	1 a 0 ()	
10	7. Dados da necessidade de eliminação corretos e completos	10	10 ()	9 a 5 ()	4 a 0 ()	
11	8. Dados da necessidade de sono e repouso corretos e completos	4	4 ()	3 a 2 ()	1 a 0 ()	
12	9. Dados da necessidade de exercício e atividade física, locomoção e autocuidado corretos e completos	17	17 ()	16 a 8 ()	7 a 0 ()	
13	10. Dados da necessidade de higiene e cuidado corporal corretos e completos	4	4 ()	3 a 2 ()	1 a 0 ()	

14	11. Dados da necessidade de integridade física corretos e completos	2	2 ()	2a1 ()	0 ()	
15	12. Dados da necessidade de comunicação corretos e completos	4	4 ()	3a2 ()	1a0 ()	
16	13. Dados da necessidade de lazer e recreação corretos e completos	1	1 ()	*	0 ()	
17	14. Dados da necessidade de religião e filosofia de vida corretos e completos	2	2 ()	1 ()	0 ()	
18	15. Dados de observações de enfermagem com anotações	*	()	*	()	
19	Apresenta assinatura e carimbo do (a) enfermeiro (a) correto e completo	2	2 ()	1 ()	0 ()	
	Diagnóstico de enfermagem da Unidade de Reabilitação (B)	Total de itens	Sim	Incompleto	Não	Observações:
20	O preenchimento do formulário é realizado pelo mesmo (a) enfermeiro (a) que coletou dados no histórico de enfermagem	*	()	*	()	
21	Dados do cabeçalho do formulário correto e completo	3	3 ()	2a1 ()	0 ()	
22	1. Dados da necessidade alterada/risco de oxigenação completo	5	5 ()	4a2 ()	1a0 ()	
23	2. Dados da necessidade alterada/risco de circulação completo	5	5 ()	4a2 ()	1a0 ()	
24	3. Dados da necessidade alterada/risco de regulação térmica completo	5	5 ()	4a2 ()	1a0 ()	
25	4. Dados da necessidade alterada/risco de integridade cutâneo-mucosa completo	5	5 ()	4a2 ()	1a0 ()	
26	5. Dados da necessidade alterada/risco de percepção/aprendizagem/orientação completo	5	5 ()	4a2 ()	1a0 ()	
27	6. Dados da necessidade alterada/risco de nutrição/hidratação completo	5	5 ()	4a2 ()	1a0 ()	
28	7. Dados da necessidade alterada/risco de eliminação completo	5	5 ()	4a2 ()	1a0 ()	
29	8. Dados da necessidade alterada/risco de sono e repouso completo	5	5 ()	4a2 ()	1a0 ()	

30	9. Dados da necessidade alterada/risco de exercício e atividade física/locomção/ autocuidado completo	5	5 ()	4a2 ()	1a0 ()	
31	10. Dados da necessidade alterada/risco de higiene/cuidado corporal completo	5	5 ()	4a2 ()	1a0 ()	
32	11. Dados da necessidade alterada/risco de integridade física completo	5	5 ()	4a2 ()	1a0 ()	
33	12. Dados da necessidade alterada/risco de sexualidade completo	5	5 ()	4a2 ()	1a0 ()	
34	13. Dados da necessidade alterada/risco de comunicação completo	5	5 ()	4a2 ()	1a0 ()	
35	14. Dados da necessidade alterada/risco de lazer e recreação completo	5	5 ()	4a2 ()	1a0 ()	
36	15. Dados da necessidade alterada/risco de auto-estima completo	5	5 ()	4a2 ()	1a0 ()	
37	Apresenta assinatura e carimbo do (a) enfermeiro (a) correto e completo	2	2 ()	1 ()	0 ()	

Nº do Item	III - Prescrição de Enfermagem da Unidade de Reabilitação (B) e Cuidados Paliativos (A)	Total de Itens	Sim	Incompleto	Não	Observações:
38	Dados do cabeçalho do formulário completos	9	9 ()	8 a 4 ()	3 a 0 ()	
39	A primeira prescrição é realizada pelo (a) mesmo (a) enfermeiro (a) que realizou o histórico e/ou diagnóstico de enfermagem	*	()	*	()	
40	A prescrição utilizada está de acordo com o grau de dependência do paciente	*	()	*	()	
	DATA DE: / / A: / /	/ / / /	/ / / /	/ / / /	/ / / /	
41	A prescrição foi realizada semanalmente Sim Não	1º Sem () ()	Zº Sem () ()	3º Sem () ()	4º Sem () ()	
42	A prescrição foi revisada semanalmente Sim Não	1º Sem () ()	Zº Sem () ()	3º Sem () ()	4º Sem () ()	
43	A prescrição foi alterada/ consta cuidados novos? Sim Não	1º Sem () ()	Zº Sem () ()	3º Sem () ()	4º Sem () ()	
44	Na prescrição constam rasuras Sim Não	1º Sem () ()	Zº Sem () ()	3º Sem () ()	4º Sem () ()	
45	Na prescrição constam assinatura e carimbo do (a) enfermeiro (a) Sim = 2 Incompleto = 1 Não = 0	1º Sem () () ()	Zº Sem () () ()	3º Sem () () ()	4º Sem () () ()	
46	A prescrição de Enfermagem aponta cuidados referentes a prescrição médica Sim Não	1º Sem () ()	Zº Sem () ()	3º Sem () ()	4º Sem () ()	

Nº do Item	IV - Anotações de Enfermagem da Unidade de Reabilitação (B) e Cuidados Paliativos (A)	DATA				Cuidados de Enfermagem prescritos/novos:			
		1º Sem	2º Sem	3º Sem	4º Sem	1º Sem	2º Sem	3º Sem	4º Sem
47	1. Verificar, controlar e anotar sinais vitais às 14h00 e 22h00 Sim = 56 Incompleto = 55 a 28 Não = 27 a 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	2. Realizar/auxiliar/encaminhar ao banho de aspersão pela manhã Sim = 7 Incompleto = 6 a 4 Não = 3 a 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	3. Realizar/auxiliar/supervisionar a higiene oral 3 x dia Sim = 21 Incompleto = 20 a 10 Não = 9 a 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	4. Administrar/auxiliar/estimular as refeições e registrar a aceitação Sim = 21 Incompleto = 20 a 10 Não = 9 a 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	5. Inspeccionar e anotar presença de evacuação Sim = 21 Incompleto = 20 a 10 Não = 9 a 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	6. Inspeccionar e anotar presença de diurese Sim = 21 Incompleto = 20 a 10 Não = 9 a 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	7. Realizar/auxiliar na mudança de decúbito conforme horários padronizados Sim = 77 Incompleto = 76 a 37 Não = 36 a 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	8. Supervisionar mobilização no leito Sim = 21 Incompleto = 20 a 10 Não = 9 a 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nº do Item	V - Evolução de Enfermagem Descritiva das Unidades de Reabilitação (B) e Cuidados Paliativos (A)	DATA	1ª Sem () ()	2ª Sem () ()	3ª Sem () ()	4ª Sem () ()	Observações:
55	A evolução descritiva foi realizada semanalmente	DE: / / A: / /	() ()	() ()	() ()	() ()	
56	A evolução tem data, horário, assinatura e carimbo do (a) enfermeiro (a) Sim = 4 Incompleto = 3 a 2 Não = 1 a 0	DE: / / A: / /	() () ()	() () ()	() () ()	() () ()	

Nº do Item	VI - Evolução de Enfermagem Padronizada da Unidade de Reabilitação (B)	OBSERVAÇÕES:
57	A evolução padronizada foi realizada Sim Não	1ª Sem () ()
58	Dados do cabeçalho do formulário corretos e completos Sim = 6 Incompleto = 5 a 3 Não = 2 a 0	1ª Sem () () ()
59	1. Dados de queixas do paciente preenchido Sim Não	1ª Sem () ()
60	2. Dados do estado geral do paciente corretos e completos Sim Não	1ª Sem () ()
61	3. Dados da percepção, orientação e atenção corretos e completos Sim Não	1ª Sem () ()
62	4. Dados da hidratação e restrição hídrica corretos e completos Sim = 2 Incompleto = 1 Não = 0	1ª Sem () () ()
63	5. Dados da integridade cutânea-mucosa, lesões e protocolo de feridas corretos e completos Sim = 3 Incompleto = 2 a 1 Não = 0	1ª Sem () () ()
64	6. Dados da regulação térmica, oxigenação e circulação corretos e completos Sim = 4 Incompleto = 3 a 2 Não = 1 a 0	1ª Sem () () ()

65	7. Dados da nutrição corretos e completos Sim Não	1ª Sem () ()
66	8. Dados do abdômen corretos e completos Sim Não	1ª Sem () ()
67	9. Dados da eliminação vesical, perdas urinárias, uso de medicação e frequência corretos e completos Sim = 4 Incompleto = 3 a 2 Não = 1 a 0	1ª Sem () () () ()
68	10. Dados da eliminação intestinal e manobras para redução corretos e completos Sim = 3 Incompleto = 2 a 1 Não = 1 a 0	1ª Sem () () () ()
69	11. Dados da genitália corretos e completos Sim Não	1ª Sem () () ()
70	12. Dados da atividade física e percepção sensorial corretos e completos Sim = 20 Incompleto = 19 a 10 Não = 9 a 0	1ª Sem () () () ()
71	13. Dados do autocuidado corretos e completos Sim = 8 Incompleto = 7 a 4 Não = 3 a 0	1ª Sem () () () ()
72	14. Dados da sexualidade, auto-imagem, auto-estima e auto-realização corretos e completos Sim Não	1ª Sem () () ()
73	15. Dados da terapêutica, participação, aprendizagem e exercício corretos e completos Sim Não	1ª Sem () () ()
74	16. Dados do lazer, recreação e religião corretos e completos Sim = 3 Incompleto = 2 a 1 Não = 0	1ª Sem () () () ()
75	17. Apresenta assinatura e COR-En do(a) enfermeiro(a) corretos e completos Sim = 2 Incompleto = 1 Não = 0	1ª Sem () () () ()
76	18. Dados de anotação de intercorrências e condutas de enfermagem durante a semana preenchidos Sim Não	1ª Sem () () ()

Nº do Item	VII - Histórico de Enfermagem da Unidade de Cuidados Paliativos (A)	Total de itens	Sim	Incompleto	Não	Observações:
77	Formulário histórico de enfermagem utilizado corretamente	*	()	*	()	
78	Dados do cabeçalho do formulário correto e completo	17	17 ()	16 a 8 ()	7 a 0 ()	
79	Dados da História Clínica corretos e completos	4	4 ()	3 a 2 ()	1 a 0 ()	
80	Dados da história da Doença Atual corretos e completos	5	5 ()	4 a 2 ()	1 a 0 ()	
81	Dados da necessidade de oxigenação corretos e completos	11	11 ()	10 a 5 ()	4 a 0 ()	
82	Dados da necessidade de circulação corretos e completos	8	8 ()	7 a 4 ()	3 a 0 ()	
83	Dados da necessidade de regulação térmica corretos e completos	2	2 ()	1 ()	0 ()	
84	Dados da necessidade de integridade cutâneo-mucosa corretos e completos	1	()	*	()	
85	Dados da necessidade de percepção/aprendizagem/orientação no tempo e espaço corretos e completos	8	8 ()	7 a 4 ()	3 a 0 ()	
86	Dados da necessidade nutrição e hidratação corretos e completos	5	5 ()	4 a 2 ()	1 a 0 ()	
87	Dados da necessidade de eliminação corretos e completos	11	11 ()	10 a 5 ()	4 a 0 ()	
88	Dados da necessidade de sono e repouso corretos e completos	1	1 ()	*	0 ()	
89	Dados da necessidade de autocuidado corretos e completos	2	2 ()	1 ()	0 ()	
90	Dados da necessidade de higiene/cuidado corporal corretos e completos	2	2 ()	1 ()	0 ()	
91	Dados de observações/complementação/diagnósticos de enfermagem/conduita corretos e completos	*	()	*	()	
92	Apresenta ass inatura, carimbo e COREN do enfermeiro (a) corretos e completos	3	3 ()	2 a 1 ()	0 ()	

Anexo - Instrumento de Análise da Sistematização da Assistência de Enfermagem da Unidade de Onco-Hematologia Pediátrica

Análise Número: _____

Nome do Paciente: _____ RG: _____ Sexo: () Masc. () Fem.

Idade: _____ Anos Enfermária: _____ Leito: _____

Data de admissão: ____/____/____ Data de saída: ____/____/____

Pesquisador (a): () Rinaldo Neves () Tânia Jesus () Edna Venzi () Outros

Nº do Item	VIII - Prescrição de Enfermagem da Unidade de Onco-Hematologia Pediátrica	Total de itens	Sim	Incompleto	Não	Observações:
93	Dados do cabeçalho do instrumento completos	4	3 ()	8 a 4 ()	3 a 0 ()	
94	Dados da assinatura do auxiliar de enfermagem (AE) corretos e completos	15	15 ()	14 a 7 ()	6 a 0 ()	
95	Verificar e anotar sinais vitais	50	50 ()	49 a 25 ()	24 a 0 ()	
96	Encaminhar para banho	5	5 ()	4 a 2 ()	1 a 0 ()	
97	Orientar quanto a realização da higiene oral 3-X ao dia	15	15 ()	14 a 7 ()	6 a 0 ()	
98	Observar e anotar a aceitação das dietas	15	15 ()	14 a 7 ()	6 a 0 ()	
99	Inspeccionar e anotar a presença de diurese, anotar volume	15	15 ()	14 a 7 ()	6 a 0 ()	
100	Inspeccionar presença de evacuações	15	15 ()	14 a 7 ()	6 a 0 ()	
101	Verificar e anotar presença de vômitos e o número de episódios em cada período	15	15 ()	14 a 7 ()	6 a 0 ()	
102	Verificar pH urinário 4-X ao dia (anotar horário) Paciente em uso de MTX	20	20 ()	19 a 10 ()	9 a 0 ()	
103	A prescrição de enfermagem tem data, horário e assinatura do (a) enfermeiro (a)	2	2 ()	1 ()	0 ()	

Nº do item	IX - Consulta de Enfermagem na Unidade de Onco-hematologia Pediátrica	Total de Itens	Sim	Incompleto	Não	Observações:
104	Consta data e horário da consulta	*	()	*	()	
105	Os dados apóresentam investigação sobre o conhecimento dos pais em relação ao diagnóstico do paciente	*	()	*	()	
106	Os dados apóresentam investigação sobre o conhecimento dos pais a respeito do tratamento do paciente	*	()	*	()	
107	Os dados apóresentam investigação sobre o conhecimento dos pais a respeito dos cuidados com o paciente durante o tratamento quimioterápico	*	()	*	()	
108	Os dados destacam problemas ou diagnósticos de enfermagem	*	()	*	()	
109	Os dados apóresentam intervenções de enfermagem (orientações e encaminhamentos)	*	()	*	()	
110	Consta assinatura, carimbo e coren do (s) enfermeiro (s)	2	2 ()	1 ()	0 ()	

APÊNDICE F – PESQUISA: TERMO DE CONSENTIMENTO DOS ENFERMEIROS SUPERVISORES (ES) E ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS (EA) PARA GRAVAÇÃO DAS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS

Termo de Consentimento dos Enfermeiros Supervisores (ES) e Enfermeiros Assistenciais (EA) para gravação das entrevistas individuais

Eu, Rinaldo de Souza Neves, pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **Análise do Processo da Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem: Um Estudo de Caso** solicito sua colaboração no sentido de participar como entrevistado desta investigação e, para tanto, necessito de sua autorização para gravá-la, o que poderá ser feito mediante assinatura deste termo de consentimento. Farei uma breve exposição sobre a pesquisa e os direitos do entrevistado.

Esta pesquisa tem por finalidade a elaboração de uma Tese de Doutorado como trabalho de conclusão do Curso de Pós-Graduação, em Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília – FS/UnB. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) da SES-DF, qualquer informação adicional entrar em contato com o telefone 3325-4955 (Comitê de Ética em Pesquisa).

Considerando que essa metodologia de assistência de enfermagem tem sido utilizada em poucas instituições de saúde públicas do DF, buscamos, nesta pesquisa, compreender e analisar um modelo de Sistematização da Assistência de Enfermagem realizado pela equipe de enfermagem de um hospital público de Brasília de acordo com o seguinte objetivo:

- Identificar os significados, crenças e valores atribuídos a SAE pelos elementos da equipe de enfermagem;
- Apontar as necessidades de mudança na implementação da SAE.

Recursos materiais previstos para a realização da entrevista:

Roteiro semi-estruturado, sala privativa com cadeiras, fitas cassete, gravador.

Tempo previsto para a entrevista individual:

60 (sessenta) minutos.

Direitos do Entrevistado:

1. Garantia de receber resposta a qualquer dúvida, esclarecimento ou pergunta sobre os procedimentos relacionados com a pesquisa;

2. Liberdade de escolha para retirar o consentimento a qualquer momento durante o procedimento da entrevista, deixando de participar do estudo;
3. Segurança de que não será identificado;
4. Compromisso de receber informações atualizadas pelo pesquisador, durante o estudo e sempre que solicitado.

Declaro que tenho ciência do exposto, desejo participar como sujeito da pesquisa.

Nome: _____

Identidade nº _____

Profissão: _____

Cargo ou função: _____

Assinatura: _____

Brasília, ____ de _____ de _____.

Enfermeiro MsC. Rinaldo de Souza Neves

Doutorando da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Professora Dr^a Helena Eri Shimizu

Orientadora da Pesquisa

Desejando maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, favor entrar em contato com o pesquisador nos telefones: 3253-8343, 9239-3655 ou no endereço eletrônico: rinaldodesouza@gmail.com

**APÊNDICE G – PESQUISA: ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM OS
ENFERMEIROS SUPERVISORES (ES) E ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS (EA)
DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO**

Objetivo:

- Identificar os significados, crenças e valores atribuídos a SAE pelos elementos da equipe de enfermagem;
- Apontar as necessidades de mudança na implementação da SAE.

Questões:

01. Fale sobre sua experiência com a SAE:
 - Na graduação:
 - Nos serviços de saúde:
02. O que é SAE para você? Fale sobre o significado da SAE para você.
03. Você recebeu algum treinamento para a realização da SAE? Como foi esse treinamento?
04. Fale sobre cada uma das etapas da SAE e como você as desenvolve.
05. Qual a importância dessas etapas para a organização da SAE?
06. Comente sobre suas dificuldades na realização das etapas do diagnóstico e evolução de enfermagem
07. Fale sobre as facilidades que tem identificado na aplicação da SAE nessa unidade.
08. Fale sobre as dificuldades que tem identificado na aplicação da SAE nessa unidade.
09. Como você trabalha a SAE com os demais elementos da equipe de enfermagem?
10. Fale sobre as mudanças necessárias para a reorganização da SAE nessa unidade.

ANEXO

**ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE
ÉTICA EM PESQUISA DA FEPECS/SES-DF**



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER Nº 029/2006

Processo Nº: 002/06

Projeto de Pesquisa: Análise do processo de implantação e implementação da sistematização da assistência de enfermagem: Um estudo de caso.

Data de Entrada: 26/1/2006

Pesquisador Responsável: Rinaldo de Souza Neves

Instituição Pesquisada: Hospital de Apoio- SES/DF


Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente a área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 6/3/2008.

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifestou-se pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa proposto.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar a este Comitê relatórios parciais e final, além de notificação de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 6 de março de 2006.


Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
 Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
 Coordenadora

Brasília – Patrimônio Cultural da Humanidade

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
 Comitê de Ética em Pesquisa
 Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 325-0119 - e-mail: cepecs@saude.df.gov.br
 SMHW - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP: 70.710-904