



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Anna Karina Lomanto Rocha Silva

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
SIGNIFICADO PARA A(O) ENFERMEIRA(O)**

**SALVADOR
2006**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Anna Karina Lomanto Rocha Silva

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
SIGNIFICADO PARA A(O) ENFERMEIRA(O)**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Enfermagem da Universidade
Federal da Bahia-UFBA, como requisito para
obtenção do Grau de Mestre, na área de
concentração, “O Cuidar em Enfermagem.”**

Orientador Prof. Dr. Álvaro Pereira

**SALVADOR
2006**

Anna Karina Lomanto Rocha Silva

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
SIGNIFICADO PARA A(O) ENFERMEIRA(O)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do Grau de Mestre em enfermagem na área de concentração “O cuidar em Enfermagem”.

Aprovada em 30 de dezembro de 2005

BANCA EXAMINADORA

Álvaro Pereira _____
Doutor em Enfermagem, Professor da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Maria Betina Camargo Bub _____
Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

José Lucimar Tavares _____
Doutor em Enfermagem, Professor da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Climene Laura de Camargo _____
Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

A Deus fonte de luz e inspiração na qual me iluminou e me deu força nos momentos difíceis.

Ao meu orientador, Dr. Álvaro Pereira, pela paciência e dedicação nos momentos difíceis e o incentivo, a ajuda e orientação na construção deste trabalho.

À diretora de enfermagem do Hospital Aliança, Clézia Rios, pela utilização do hospital como locus do estudo e ter-me motivado nessa caminhada e a crescer profissionalmente.

As minhas coordenadoras, Joana Gallo e Virginia Luz, que sempre me ajudaram nos turnos e escalas para que pudesse cursar o mestrado e realizar esta pesquisa.

A coordenadora Jacira Brasileiro que sempre me motivou a estudar sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

As minhas colegas de trabalho, que participaram das entrevistas.

A todo corpo docente da Pós-graduação da EEUFBA pela paciência e compreensão das minhas ausências no período crítico da gestação e licença maternidade.

As minhas primas, Dinalva e Vilma, pela ajuda ao cuidar da minha filha para que pudesse terminar este trabalho.

Aos meus colegas mestrandos, Emerson Garcia e Moelisa Queiroz pela convivência, amizade, respeito e cumplicidade durante o curso.

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse sonho.

A minha amada e grande mãe que me ajudou e incentivou muito e cuidou da minha filhinha recém-nascida e prematura para que eu pudesse terminar esta pesquisa.

Ao meu pai, mesmo com a distância, sempre se preocupou, incentivando-me a crescer na vida profissional.

A minha tia Georgina Lomanto que é e sempre foi o espelho e o exemplo de toda a minha vida profissional. Obrigada pelo carinho, diálogos, troca de experiências, zelo, paciência, incentivo e dedicação.

Ao meu esposo Roberto pela paciência, incentivo, amor, carinho, respeito, dedicação e força.

A minha linda e preciosa filha Anna Carolina a razão de viver e a luz de inspiração para tudo em minha vida.

“Cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.”

(COLLIÈRE, 1999)

RESUMO

Esta é uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, que investigou o significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) enfermeira(o)s, tendo por objetivo compreender o significado atribuído por ela(e)s sobre a SAE. O estudo foi realizado em um hospital privado de médio porte na Cidade do Salvador, no período de junho a agosto de 2004, cujos sujeitos foram dez enfermeira(o)s de unidades de internação, que desenvolvem as etapas da SAE e concordaram participar do estudo. O critério de seleção foi, o de ter experiência na instituição e com a SAE como um instrumento de trabalho há mais de três anos. Utilizou como instrumento de coleta de dados um roteiro para entrevista semi-estruturada, cujos dados foram analisados com base no referencial do interacionismo simbólico, buscando a apreensão desses significados. Os resultados revelaram que a instituição implementa a SAE como um importante instrumento norteador da assistência com sucesso e eficácia. No entanto, existem algumas dificuldades relatadas pela(o)s enfermeira(o)s como a necessidade de otimização do trabalho. Dentre os significados atribuídos destacaram-se: a melhora da qualidade da assistência prestada ao cliente; a resistência a mudanças; a complexidade do processo; atendimento individualizado; a questão do tempo dispendido para desenvolver o modelo; a motivação da chefia de enfermagem e a SAE como direcionador do trabalho da(o) enfermeira(o). Diante disso recomendo a realização de estudos de caso, comparando a assistência prestada com a da SAE, a manutenção das reuniões, incentivado o aprofundamento dos conhecimentos, investigação sobre como os usuários percebem a qualidade dos cuidados através dessa metodologia e continuar investindo na motivação para desmistificar os simbolismos sobre a questão do tempo e preenchimento dos impressos necessários a efetivação do processo.

PALAVRAS-CHAVE: enfermagem; cuidar; pesquisa qualitativa; simbolismo

ABSTRACT

This is an explore-descriptive research, with qualitative boarding, that investigated the meaning of the Systematization of the Assistance of Enfermagem (SAE) nurses, having for objective to understand the meaning attributed by them on the SAE. The study it was carried through in a private hospital of average transport in the City of Salvador, in the period of June the August of 2004, whose citizens had been ten nurses of units of internment, that develop the stages of the SAE and had agreed to participate of the study. The election criterion was, to have experience in the institution and with the SAE as a work instrument has three years more than. A script for half-structuralized interview used as instrument of collection of data, whose given they had been analyzed on the basis of the symbolic interaction, searching the apprehension of these meanings. The results had disclosed that the institution implements the SAE as an important instrument of the assistance successfully and effectiveness. However, some difficulties told for the nurses exist as the necessity to improve of the work. Amongst the attributed meanings they had been distinguished: the improvement of the quality of the assistance given to the customer; the resistance the changes; the complexity of the process; human single attendance; the question of the spent time to develop the model; the motivation of commands of nursing and the SAE as direct of the work of the nurse. Ahead of this I recommend to the accomplishment of case studies, comparing the assistance given with the one of the SAE, the maintenance of the meetings, stimulated the deepening of the knowledge, inquiry on as the users perceive the quality of the cares through this methodology and to continue investing in the motivation to demystify the symbolisms on the question of the time and fulfilling of necessary printed matters the confirm of the process.

Key Words: nursing; to take care of; qualitative research; symbolism.

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

1. INTRODUÇÃO	11
2. O CUIDAR SISTEMATIZADO: A TRAJETÓRIA CIENTÍFICA NO PROCESSO DE ENFERMAGEM	16
2.1 O CUIDADO PROFISSIONAL	17
2.2 O PROCESSO DE ENFERMAGEM: A DIREÇÃO TÉCNICA DO CUIDADO	19
2.3 O PROCESSO DE ENFERMAGEM E SUAS ETAPAS	22
2.4 A SAE E SUA REGULAMENTAÇÃO	28
3. TRAJETO METODOLÓGICO	31
3.1 ABORDAGEM DO ESTUDO	31
3.2 LOCUS	32
3.3 <i>PRIMARY NURSING</i>	34
3.4 SUJEITOS DA PESQUISA	37
3.5 COLETA DE DADOS	37
3.6 ÉTICA	38
3.7 ANÁLISE DOS DADOS	39
3.8 INTERACIONISMO SIMBÓLICO COMO REFERÊNCIA PARA ANÁLISE	40
4. RETOMANDO O MODO INTERPRETATIVO DOS DADOS A LUZ DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO	46

4.1 CARACTERIZANDO AS ETAPAS DE FORMULAÇÃO DAS CATEGORIAS NA ANÁLISE DO SELF, DAS AÇÕES E INTERAÇÕES.	51
4.1.1 O DOMÍNIO SIMBÓLICO SOBRE A SAE	53
4.1.2 SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AO SELF E À INTERAÇÃO SOCIAL	64
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
6. REFERÊNCIAS	88
APÊNDICES	95
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO	96
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO	97
APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	98
ANEXOS	99
ANEXO A: FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS	100
ANEXO B: CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA DA INSTITUIÇÃO	103
ANEXO C: ENTREVISTAS TRANSCRITAS	104

UFBA
EE

ANNA KARINA LOMANTO ROCHA SILVA
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM: O SIGNIFICADO PARA A ENFERMEIRA

2006

Ficha catalográfica: Bibliotecária Marilene Abreu

S586

Silva, Anna Karina Lomanto Rocha

Sistematização da assistência de enfermagem: o significado para a enfermeira(o). Salvador: Escola de Enfermagem da UFBA, 2006.
94p. apêndices + anexos.

Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem da UFBA.
Orientador: Prof. Dr. Álvaro pereira

1. Sistematização da assistência. 2. Enfermagem-sistematização de assistência. 3. Enfermeira-sistematização de assistência. I. Título

CDU: 616-083:65

INTRODUÇÃO

O processo do cuidar refere-se ao ato de prestar assistência, significando auxiliar alguém nas situações em que a pessoa não consegue ou tem dificuldades para satisfazer necessidades biológicas, psíquicas ou sociais. Para que esse processo se realize com qualidade e eficiência, é necessária a utilização de uma metodologia que auxilie a(o) enfermeira(o) a sistematizar, organizar e possibilitar a assistência de forma individualizada, gerando benefícios tanto para a(o)s enfermeira(o)s e clientes como para a instituição. Assim, não é possível conceber um serviço organizado e de qualidade que não tenha em funcionamento a SAE¹.

A metodologia da assistência de enfermagem ao ser implementada oferece respaldo, segurança e direcionamento ao desempenho das atividades, contribuindo para a credibilidade, competência e visibilidade da enfermagem e, conseqüentemente, para a autonomia e satisfação profissional (CARRARO, 2001).

A resolução número 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem determina como atividade privativa e, portanto, obrigatória da(o) enfermeira(o), a implementação da SAE como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pela(o) enfermeira(o).

Nesse sentido:

A implementação da SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do cliente/cliente, devendo ser composta por: Histórico de Enfermagem, Exame Físico, Prescrição da Assistência de Enfermagem, Evolução da Assistência de Enfermagem, Relatório de Enfermagem (BRASIL, 2002).

Desse modo, este estudo, que tem por objeto o significado da sistematização da assistência de enfermagem para enfermeira(o)s, baseou-se nas observações realizadas durante minha vivência profissional, quando identificava em algumas instituições a incansável busca para a

¹ - Sistematização da Assistência de Enfermagem

consolidação da SAE e em outras não identificava a incorporação dessa prática de modo satisfatório no processo do cuidar.

Segundo afirmações de Benedet e Bub (2001), os estudos mais atuais de enfermagem nessa área têm revelado a existência de inúmeros fatores que interferem na implementação da SAE, dentre os quais destaca as dificuldades encontradas por enfermeira(o)s para entender, incorporar e utiliza-la. De um modo geral, constata-se que, a maioria dos hospitais não utiliza a SAE como prática no serviço de Enfermagem e quando o faz identifica-se uma mudança lenta e resistente por parte da(o)s enfermeira(o)s para a incorporação dessa atividade no cotidiano das unidades onde atuam.

Porém, é possível afirmar que o cuidar sistematizado facilita o trabalho da enfermagem na medida em que as intervenções prescritas são direcionadas, exclusivamente, para aquele cliente, assegurando qualidade na assistência prestada, tornando-se, compatível com as necessidades específicas do indivíduo e da sua família.

O outro aspecto importante a ser ressaltado é o distanciamento paulatino da(o) enfermeira(o) do cuidado direto prestado ao cliente. Esse distanciamento pode estar relacionado ao grande número de tarefas burocráticas presentes no dia-a-dia as quais a forçam a delegar o cuidado direto aos técnicos e auxiliares de enfermagem, fortalecendo, ainda mais, a crescente desvalorização de suas ações inerentes de cuidado junto ao cliente.

É provável que o distanciamento da(o) enfermeira(o) do cuidado direto veio desde a época da graduação, pois é freqüente a observação, durante o ensino prático nas Escolas de Enfermagem, de inúmeros questionamentos levantados por estudantes que se negam a desenvolver atividades inerentes ao cuidado de enfermagem, a exemplo do banho no leito. Durante a supervisão de práticas da disciplina do Curso de Graduação de algumas Escolas de Enfermagem, tive a oportunidade de vivenciar tais questionamentos e recusas. Muitos acadêmicos de enfermagem costumavam recusar a realização de outras atividades, tais como

dar alimentação, proceder a mudança de decúbito, massagem de conforto e auxílio na locomoção, acreditando que, no futuro, quando profissionais, não irão realizar essas atividades, as quais têm relevância incontestável tanto para o ser cuidado e quanto para o cuidador, e que, mesmo assim, costumam ser delegadas aos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Conforme Waldow (2001), o cuidar humano envolve a ética, os princípios e valores que devem fazer parte do ensino, do cotidiano, do meio acadêmico e da prática profissional. Refere, ainda, no que tange ao ensino da graduação, a habilidade manual, a capacidade de memorização, a postura e a mecânica corporal durante a realização de procedimentos técnicos de enfermagem, são aspectos considerados importantes, exigidos e avaliados com certo rigor pelos professores.

Fazendo um paralelo com o nosso ciclo vital, o cuidar é uma ação dinâmica que conhecemos desde a nossa infância, que, muitas vezes, começa com a preocupação de cuidar dos nossos brinquedos e estudos. Crescemos e passamos a cuidar da nossa casa, dos animais de estimação, das plantas, do carro, do marido, dos filhos, do nosso trabalho, dentre outras tantas formas de cuidar, muita delas inerentes ao nosso cotidiano profissional e que são indispensáveis ao bem-estar do cliente.

Ainda, segundo Waldow (2001), o cuidado humano em enfermagem engloba outras dimensões, pois, além de ser uma atividade técnica, centralizar nossas ações no cliente como um todo, exigindo, assim, além de conhecimento e ética; de envolver, também, habilidade intuição, devido às experiências presentes no cotidiano e no binômio vida e morte, que sendo subjetivas não podem ser generalizadas ou, mensuradas.

Com a utilização da SAE, a(o) enfermeira(o) atua buscando uma nova visão do ser humano na perspectiva holística, uma vez que prestar cuidado a uma pessoa inclui, sobretudo, saber ouvir, perceber, tocar e refletir, respeitando seus desejos, vontades, hábitos, costumes e

valores. Dessa forma, é necessário que o profissional conheça melhor o ser assistido, a fim de identificar problemas e programar cuidados específicos que o auxiliem na vivência do processo saúde-doença.

Sendo assim, a(o) enfermeira(o) ao realizar uma intervenção de enfermagem, necessitará olhar o *ser* cliente como um todo, a fim de promover um cuidado integral, considerando os dados subjetivos e objetivos que exprimem as necessidades e os problemas de saúde do cliente, para, então, planejar as intervenções de enfermagem, entendendo o cliente como um todo, buscando desenvolver ações demandadas, quase sempre, com um pensamento crítico acurado.

Mas, se por outro lado, mesmo a despeito do reconhecimento de todas essas “vantagens” para a sua prática e a repercussão para o cliente, família, comunidade e até para a instituição hospitalar, a(o) enfermeira(o) não reconhecer o valor da SAE. Como estratégia de crescimento e valorização profissional/institucional, soeremos tentados a acreditar que a(o) enfermeira(o) assistencial não atribui, efetivamente, valores positivos a essa metodologia, exercendo uma prática centrada em ações empíricas, com pouco ou nenhum valor científico, mantendo-se descompromissada com o cliente, a instituição e a profissão, e que precisa dar um salto qualitativo em busca do seu espaço e reconhecimento da comunidade.

Certamente esse reconhecimento através da realização de ações efetivamente sistematizadas, cientificamente testadas e acompanhadas pelo conjunto de profissionais nas suas áreas de atuação, pois se esgota o tempo em que a experiência, por si só, traduzia o conhecimento de uma ciência profissional. Precisamos investir esforços em busca de métodos e processos que dêem reconhecimento científico, pessoal, profissional as nossas ações.

Com essa compreensão destaco como objeto deste estudo a seguinte questão: Qual o significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem por enfermeira(o)s?

Para nortear este estudo tenho como objetivo:

- Compreender o significado atribuído por enfermeira(o)s à Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Entendo que os resultados deste estudo possam contribuir, subsidiando propostas de implementação da sistematização da assistência de enfermagem a fim de melhorar a sua otimização. Devido essa relevância será divulgado para enfermeira(o)s, estudantes de graduação e pós-graduação para que conheçam, entendam e incorporem a SAE como forma de tornar as ações de enfermagem cada vez mais sistemática, promovendo um cuidar humanizado, contínuo, justo e com qualidade para o cliente.

2 O CUIDAR SISTEMATIZADO: A TRAJETÓRIA CIENTÍFICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

O cuidar tem sido vastamente discutido nos últimos 30 anos, porém, sempre esteve implícito e presente na História da Humanidade. Desse modo, na antigüidade, o cuidar era uma atividade ligada ao misticismo, face às diversas crenças, que utilizavam de porções mágicas com ou sem associação direta de práticas ligadas aos espíritos e à adoração aos deuses. Nos séculos XII e XIII, cuidar era uma prática valorizada, que se prestava ao alívio do sofrimento de doentes, visando à cura.

Com o surgimento do capitalismo, a saúde deixou de ter valor e se tornou um bem que pode ser comprado e vendido. O cuidado passou a ser utilizado como uma atividade comercial, lucrativa e, conforme Waldow (1998), “a Enfermagem no Brasil, não muito diferente de outros países, passou a desvalorizar o cuidado, atendendo a uma ideologia da cura. As ações curativas ocuparam a maior parte das atividades, utilizando-se tecnologias cada vez mais sofisticadas”.

Para Collière (1989), cuidar é prestar cuidados, tomar conta, e, primeiro que tudo, um ato de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar e reproduzir-se.

Segundo Waldow (1999), o cuidar é igual a assistir. É o ato de prestar assistência a alguém, sendo também percebido como presença, ajuda, proteção, habilidade técnica, cura, alívio, conforto e zelo a fim de manter o bem-estar, minimizando o sofrimento humano, buscando a dignidade.

Para que as ações de cuidado se tornem eficientes, deverá existir uma relação entre aquele que cuida e aquele que é cuidado, obtendo-se uma troca constante. O ser cuidador deve prestar o cuidado de forma que o ser cuidado sinta confiança.

Merhy (1997) ressalta que a confiança tem que ser mútua e necessária por quem cuida e por quem é cuidado. Afirma também, que a confiança significa estabelecer relações singulares entre o cuidador e quem está sendo cuidado as quais serão modificadas a cada encontro.

2.1 O CUIDADO PROFISSIONAL

A(o) enfermeira(o), quando cuida, deve assegurar ao ser assistido conforto, bem-estar, qualidade de vida, carinho e atenção. Para que ocorra essa ação, é imprescindível que ela tenha conhecimento técnico-científico adequado e vasto.

Na compreensão de que o cuidado prestado é avaliado pelo cliente, é a ele que devemos perguntar sobre os seus problemas, suas necessidades afetadas e se estas estão sendo satisfeitas ou não. Ao realizar as ações de enfermagem, a(o) enfermeira(o) terá a oportunidade de interagir e conhecer o cliente, oferecendo apoio, zelo, atenção, carinho, segurança, alívio da dor e suporte emocional. Poderá, também, realizar outras atividades, como educá-lo, confortá-lo e acalmá-lo, valorizando cada informação a fim de suprir suas necessidades físicas e emocionais, buscando centralizar as ações no cliente de forma integral. Muitas vezes, podemos observar que o cuidador não questiona o cliente sobre suas necessidades afetadas, não suprimindo as deficiências, tornando as ações de enfermagem deficitárias e sem qualidade.

Assim, o cuidado só pode ser considerado cuidado profissional quando reflete a práxis do cuidar e não somente uma mera ação mecanicista do cuidado e da técnica. Segundo Waldow (2001), ao realizar uma intervenção técnica de enfermagem, sem estar presente de corpo, mente e espírito, a cuidadora ou cuidador não está realmente cuidando e, sim, realizando um procedimento e, nesse caso, o cliente torna-se um objeto de manipulação.

Partindo dessa premissa, o papel da(o) enfermeira(o), enquanto cuidadora ou cuidador, vai além da identificação dos sinais e sintomas e da execução de procedimentos (visão tecnicista), uma vez que ela deve procurar assisti-lo como um todo, respeitando seu querer, seus valores, e seus hábitos e suas crenças, procurando sempre avaliar a assistência prestada para garantir a eficiência e a eficácia do seu trabalho.

Segundo afirma Horta (1979), quando as necessidades bio-psico-sociais do cliente não são adequadamente atendidas, podem gerar situações de desconforto, que prolongam a causa da doença. Nesse contexto, é indispensável fazer notar que o não atendimento às necessidades básicas afetadas do ser cuidado poderá dificultar o processo de recuperação ou, até mesmo, piorar seu estado de saúde.

De um modo geral, na prática, pensar na enfermagem e no cuidar torna-se um desafio no contexto atual, pois é necessário e fundamental considerar-se a forma de como as ações de enfermagem têm sido realizadas, voltadas muito mais para a doença do que para o doente. Constata-se que a maioria da(o)s enfermeira(o)s não pratica o cuidar em sua essência. Muitas têm uma visão meramente tecnicista e acham que as ações que se identificam como cuidar são: oferecer suporte técnico a quem precisa, realizar procedimentos como, por exemplo: administração de medicamentos, banho, alimentação, entre outros. Porém, isso não é uma regra geral, pois existem, também, muita(o)s enfermeira(o)s que realizam o cuidado de forma integral e humanizada e que tomam por base o cuidar como a essência das ações profissionais.

A visão tecnicista, que pode ser observada entre muita(o)s enfermeira(o)s, deve-se mais a uma forma antiquada de agir e pensar nas ações e no objeto da nossa prática, o que se deve à herança do modelo biomédico, o qual teve grande influência no desenvolvimento da enfermagem. De acordo com esse modelo, a enfermagem era dependente do fazer médico e a assistência do cliente como ser humano era negligenciado.

Hoje, o referencial biomédico encontra-se ainda presente no que se refere ao estudo das doenças, dos sinais e sintomas, dos exames e tratamentos médicos. Persiste, também, face a ideologia capitalista, segundo a qual as pessoas priorizam os ganhos e a sobrevivência, o que para alguns, pode significar deixar de ser criterioso nas ações cuidativas e não vendo o outro como um todo e em todas as dimensões do seu mundo vida.

Sendo assim, cuidar do outro não só significa cuidar do corpo, mas cuidar também da mente e emoção, em conviver com as subjetividades que estão colocadas na relação entre a(o) enfermeira(o) e o cliente. Desse modo, a(o) enfermeira(o) vai buscar escutar os sentimentos e dialogar com esse ser que necessita ser ouvido e cuidado. Não vai tratá-lo como se fosse um objeto, mas um ser humano que necessita de ajuda.

Como afirma Collière (1989), a prática de enfermagem, a partir do meado do século XX, foi-se adaptando ao modelo biomédico, valorizando a tecnicidade. Os cuidados aos doentes passaram a ser denominado “a técnica” e depois “os cuidados técnicos”. Ressaltando, também, que era a doença que conduzia as ações de enfermagem.

Atualmente, estamos incorporando que o objeto da ação de enfermagem é o cuidar, saindo-se de uma enfermagem tecnicista e procurando a essência do cuidar. Como Collière (1989) afirma, cuidar é um ato de reciprocidade, que somos levados a prestar a toda pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ser ajudada e satisfazer suas necessidades vitais.

2.2 O PROCESSO DE ENFERMAGEM: A DIREÇÃO TÉCNICA DO CUIDADO

Assim, processo de cuidar é realizado de forma mútua entre o cuidador e a cuidadora e o ser cuidado. Waldow (1999) enfatiza que esse processo de cuidar pode ser conceituado

também como o desenvolvimento de ações, cuidado, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico, realizados para o cliente no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade, saúde e o bem estar. Afirma, ainda que o sentido de integridade e a plenitude física, social, emocional, espiritual e intelectual nas fases do viver e do morrer constitui um processo de transformação de ambos, cuidadora e o cuidador e o ser cuidado.

De forma simplificada, algumas definições referem que o cuidar ou assistir são modalidades de atendimento às necessidades humanas básicas. No entanto, segundo as definições de Horta (1979) e Waldow (1998), existe certa diferenciação entre esses termos. Para Waldow (1998), o termo assistir significa ajudar ou, até mesmo, socorrer, ou seja, estar perto de alguém que necessite de ajuda, enquanto o termo cuidado tem significado mais amplo, quando se refere à preocupação, consideração, interesse, afeição, importar-se com, proteção, gosto, atenção, cautela, zelo, responsabilidade, preocupação, dentre outros. O toque e o sorriso, nesse sentido, são muito importantes, são formas de expressar a empatia e passar energia. A(O) enfermeira(o) enquanto cuidadora ou cuidador deverá minimizar as dores, as angústias, dúvidas e medos do ser cuidado a fim de contribuir, de forma efetiva, para o seu restabelecimento.

Para Horta (1979), a assistência ou assistir, prescinde à elaboração do processo de enfermagem, que a sistematizará, viabilizando ações do cuidar, de modo a atender as necessidades humanas básicas. Assim, essa autora define o Processo de Enfermagem como: “A dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas que visa a assistência ao ser humano.”

Conforme ressalta Waldow (1998), em meados das décadas de 60 e 70 do século passado surgiram às teorias de enfermagem que, em sua essência, tinham a intenção de humanizar a assistência ou o cuidado. Algumas dessas teoricistas defenderam a idéia do cuidado integral e

incluíram em seus modelos teóricos as dimensões biológicas e psicossocial, inclusive a espiritual e o meio ambiente, enfatizando a direção e a prioridade das ações para o ser humano.

Nesse sentido, essas teorias vêm buscando valorizar o verdadeiro objeto de trabalho da enfermagem, que é o cuidar e não somente voltado à execução dos procedimentos e técnicas, problemas ou patologias.

A enfermagem, inicialmente, era praticada por freiras que prestavam assistência por caridade aos doentes e miseráveis nas Santas Casa. Nesse período, os cuidados prestados aos clientes eram puramente de cunho religioso e humanístico, não tendo embasamento científico e sim empírico. A assistência era realizada sem a utilização de uma metodologia de trabalho que pudesse orientar e nortear as ações e conforme as necessidades surgiam, eram então, tomadas às decisões.

A enfermagem moderna desenvolveu-se a partir do século XIX, quando Florence Nighingale trouxe novo enfoque para a profissão e para seu desenvolvimento científico. Para Friedlander (1981), foi a partir desse momento que a enfermagem iniciou a sua nova caminhada para a adoção de uma prática baseada em evidências e rica em conhecimentos científicos, abandonando a postura de ser uma atividade caritativa, intuitiva e empírica. Ressalta, também, que foram surgindo e se desenvolvendo diversos conceitos, teorias e modelos específicos à enfermagem com a finalidade de prestar assistência e com ela planejar ações, determinar e gerenciar o cuidado, registrando tudo o que foi planejado e executado e, finalmente, avaliando essas condições e permitindo, gerar conhecimentos a partir das práticas vivenciadas, na realização do processo de enfermagem.

Desse modo, segundo Campedelli (1989), a expressão “Processo de Enfermagem” surgiu na literatura pela primeira vez em 1961, tendo como proposta sistematizar a assistência de

enfermagem e como fator primordial, o relacionamento interpessoal enfermeira(o)-cliente, a fim de promover um cuidar com qualidade.

Esse processo proporciona conhecer melhor o ser humano a ser cuidado, seus hábitos, costumes, crenças, promovendo um ambiente semelhante a sua casa, confortável, aconchegante, na tentativa de diminuir o estresse que a atmosfera hospitalar promove (medo da morte e do futuro, pânico, seqüelas, barulho, ansiedade, dentre outros), além da perda da identidade e da privacidade.

Uma retrospectiva histórica indica que o conceito de processo de enfermagem foi introduzido na década de 50 do século XX, como um processo sistematizado, compreendendo etapas como: histórico, planejamento e evolução, tendo por base o método científico da observação, mensuração, para obtenção e análise de dados, tornando-se parte do referencial conceitual dos currículos de enfermagem no mundo (DOENGES; MOORHOUSE e GEISSLER, 2003).

A aplicabilidade desse modelo vem sendo discutida, e o processo de enfermagem apresenta variações que, até hoje, sofre revisões, buscando melhor adaptação à realidade de alguns países.

Horta, em 1979, publicou no Brasil um livro sobre o processo de enfermagem baseado na teoria das necessidades humanas básicas de Maslow. Essa obra foi de grande relevância para a prática de enfermagem no Brasil e veio facilitar, organizar, direcionar as atividades de enfermagem, com vistas ao alcance da qualidade da assistência prestada, promovendo, assim, maior credibilidade e visibilidade profissional.

2.3 O PROCESSO DE ENFERMAGEM E SUAS ETAPAS

Segundo salientam Carraro et al (2001), “na enfermagem ou mesmo em outra área de conhecimento, agimos de acordo com um método, seguimos um modelo, mesmo que dinâmica e inconscientemente”. Afirmam, também, que esse método visa organizar e direcionar nosso desempenho, embora, inicialmente, possa parecer complexo. Depois de ele ser familiarizado, passa a facilitar nosso trabalho, assegurando maior qualidade na assistência prestada.

Nesse sentido, conforme afirma Kurcgant (1991), o processo de enfermagem fundamenta-se no método de resolução científica de problemas, e foi por isso que Horta (1979) propôs para seu processo as seguintes fases: histórico, diagnóstico, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem.

O Histórico de Enfermagem- Para Horta (1979), pode também ser denominado de levantamento, avaliação e investigação, constituindo a primeira fase do processo. Pode ser descrito, ainda, como um roteiro sistematizado para coleta e análise de dados significativos do ser humano, tornando possível a identificação de seus problemas.

Para Campedelli et al (1989), o histórico de enfermagem é o levantamento das condições do cliente através da utilização de um roteiro próprio, que deverá atender às especificidades a que se destina. Ele tem a finalidade de conhecer os hábitos individuais e biopsicosociais, visando à adaptação do cliente ao hospital e ao tratamento, assim como à identificação de problemas. Essa identificação pode ser realizada através de uma entrevista informal e do exame físico.

O Diagnóstico de Enfermagem – Cruz (1995) ressalta que o diagnóstico de enfermagem surgiu na literatura norte-americana em 1950, quando foi proposto, dentre as

responsabilidades da(o) enfermeira(o), a identificação dos diagnósticos ou problemas de enfermagem. Para Carperito (2002), o diagnóstico de enfermagem proporciona a seleção das intervenções de enfermagem, visando alcançar resultados pelos qual a(o) enfermeira(o) é responsável. A partir da década de 70 do século passado, estudos foram realizados, com o objetivo de estabelecer uma classificação internacional dos diagnósticos de enfermagem. Recentemente, a Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), dando continuidade aos estudos, dessa natureza publicou, em 1986, a primeira classificação internacional, denominada Taxonomia I, que usa a classificação a partir de padrões de respostas humanas; a Taxonomia II a partir de 2001 incorpora os padrões funcionais de Gordon, de 1998.

No Brasil, o diagnóstico de enfermagem foi introduzido por Horta na década de 60 do século XX e constitui-se em uma das etapas do processo de enfermagem. Para Horta (1979), o diagnóstico de enfermagem é a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação, pela(o) enfermeira(o), do grau de dependência desse atendimento em natureza e extensão. Para Jesus e Carvalho (1997), o diagnóstico de enfermagem tem sido considerado não apenas como uma etapa isolada de descrição de problemas, mas um conjunto da coleta de dados para o planejamento das ações, envolvendo julgamento, avaliação crítica e tomada de decisão.

Muita(o)s enfermeira(o)s deixam de realizar essa etapa do processo de enfermagem e, com isso, fragmentam os cuidados e os problemas do cliente, deixando de vê-los como um todo e, muitas vezes, prescrevendo cuidados que não têm relação com os problemas existentes.

Nesse sentido percebemos que, quando não realizamos essa etapa, perdemos muitas informações importantes e, nesse percurso, a(o) enfermeira(o) acaba esquecendo o significado da coleta de dados que realiza. Desse modo, as interpretações, avaliação dos resultados e as suas intervenções acabam sendo falhas.

O Plano Assistencial – refere-se à terceira fase do processo. É quando a(o) enfermeira(o) elabora as ações a serem realizadas para determinada pessoa, indo estar de acordo com o diagnóstico de enfermagem. Horta (1979) afirma que o plano assistencial é a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido.

A Prescrição de Enfermagem – Paim (1988) relata que a prescrição de enfermagem consiste em medidas de solução para os problemas identificados e registrados previamente pela(o) enfermeira(o), com a finalidade de atender às necessidades do cliente sob sua responsabilidade. Para Horta (1979), a prescrição de enfermagem é a implementação do plano assistencial, através do roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento às necessidades humanas básicas e específicas de cada ser humano.

A Evolução de Enfermagem – Horta (1979) afirma que ela consiste no relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional, sendo uma avaliação global do plano de cuidados. Cianciarullo (1996) relata que a evolução constitui-se o registro executado pela(o) enfermeira(o), do processo de avaliação das alterações apresentadas pelo cliente e dos resultados das ações de enfermagem planejadas e implementadas, relativas ao atendimento das necessidades básicas.

O Prognóstico de Enfermagem- Esta é a última fase do processo de enfermagem. Para Horta (1979), o prognóstico é a estimativa da capacidade do ser humano em atender às suas necessidades básicas afetadas após a implementação do plano assistencial e dos dados obtidos pela evolução de enfermagem.

Iyer et al (1993) enfatizam que a(o) enfermeira(o) utiliza as fases do processo para proporcionar cuidados de qualidade, centralizados no cliente. Esse método criterioso promove

a enfermagem e evita problemas associados à intuição ou à produção tradicional de cuidados. As autoras afirmam, também, que se tem chamado a atenção para a aplicação do processo de enfermagem como um método de sistematizar a assistência, tanto no nível hospitalar, como nas consultas de enfermagem no ambulatório e na saúde pública.

Dessa maneira, o processo de enfermagem é uma metodologia de assistência que permite à enfermeira(o) o desenvolvimento de suas ações com responsabilidade e qualidade. É nosso compromisso realizar de observações importantes sobre o cliente, avaliar idéias, identificar problemas de saúde e desenvolver e planejar cuidados que eliminem ou minimizem os problemas, de forma a garantir a qualidade das ações de enfermagem.

O processo é também uma competência do raciocínio crítico, que orienta a(o) enfermeira(o) a fazer julgamentos sobre os cuidados prestados e a serem prestados. O pensar criticamente é um conjunto integrado de habilidades e atitudes que envolvem o pensar de modo reflexivo, explorando e observando cuidadosamente as situações de forma diferente e sob diversos aspectos, discutindo as idéias de forma organizada de modo a trocar e aprofundar conceitos.

Pimenta et al (1993) afirmam que, se houver falta de uma análise crítico-reflexiva e de racionalização sobre o processo de enfermagem poderá existir omissão de dados importantes, falha na identificação dos problemas, das necessidades afetadas do cliente, além da inconsistência na coleta de dados e na validação de dados e falhas nos registros que comprometem os resultados esperados. Informam, também, que a utilização do processo de enfermagem, na prática, não deve ser resumido em simples preenchimento de formulários e papéis mas, realizado, utilizando-se senso de observação acurado, crítica e avaliações constantes.

O processo de enfermagem apresenta-se como um método sistemático de prestação de

cuidados humanizados, vez que enfoca a obtenção de resultados desejados também sistematizados; é humanizado porque, à medida que planejamos e proporcionamos cuidados, consideramos os interesses, os ideais e os desejos do cliente (ALFARO-LEFEVRE, 2000).

Nesse sentido, segundo Araújo et al (1996), o processo de enfermagem permite um enfoque holístico no momento em que ajuda a assegurar que as intervenções sejam elaboradas para o indivíduo e não apenas para a doença.

Reiteramos que a implementação da assistência de enfermagem de forma sistematizada possibilita à enfermeira(o) exercer sua função, proporcionando um cuidar de forma global, coerente e responsável, tem como centro o cliente. A SAE melhora a comunicação entre a equipe multidisciplinar, evitando possíveis erros, omissões e repetições desnecessárias de ações e a(o)s enfermeira(o)s obtêm maior satisfação com os resultados de sua assistência e do seu cuidar.

Campedelli et al (1989) afirmam que, no processo de enfermagem, a assistência é planejada de modo a alcançar as necessidades específicas do cliente, cuja prescrição deve ser redigida de forma que todas as pessoas envolvidas no cuidar possam ter acesso ao plano de assistência.

Peixoto et al (1996) ressaltam que o processo de enfermagem é um instrumento que possibilita à enfermeira(o) tê-lo como um guia para a sua prática e pode favorecer a autonomia profissional, concretizando a proposta de promover, manter ou restaurar o nível de saúde do cliente, como também documentar as ações desenvolvidas na prática profissional, visando à avaliação da assistência prestada.

Carraro et al (2001) enfatizam que a qualidade da Enfermagem está nas mãos da equipe, vez que a(o) enfermeira(o) ocupa o espaço de líder e coordenador. A metodologia da assistência de enfermagem é a instrumentalização primordial para que essa profissional

elabore e planeje científica e sistematicamente as intervenções da sua equipe. Ao ser implementada, a SAE oferece respaldo, segurança e direcionamento essencial para o desempenho das ações, contribuindo para a credibilidade, competência, visibilidade e qualidade da assistência oferecida ao cliente.

Dentre os impactos dos efeitos que a SAE gera na implementação da assistência, é de grande importância ressaltar a maior segurança e aptidão no autocuidado para os clientes, pois, com a utilização dessa metodologia, ocorre maior facilidade na avaliação das intervenções de enfermagem prestadas, proporcionando um planejamento direcionado, seguro e de forma organizada. Consequentemente, a equipe de enfermagem terá mais tempo para executá-las, enquanto, paralelamente, as ações vão sendo registradas, prescritas para o cliente de forma individualizada.

2.4 A SAE E SUA REGULAMENTAÇÃO

No Brasil, o processo de enfermagem assumiu a condição de metodologia que, a princípio, tinha por base teórica o modelo Horta. Somente após a eminência da regulamentação expressa na resolução COFEN (nº 272/2002) e COREN-Ba (nº 007/2000) sobre a sistematização é que a(o)s enfermeira(o)s passaram a utilizar a denominação SAE, que ainda não foi incorporada pelo conjunto das profissionais de enfermagem das instituições de saúde públicas ou privadas do estado da Bahia.

Essas resoluções também determinam como atividade privativa e, portanto, obrigatória da(o) enfermeira(o) a implementação da SAE como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pela(o) enfermeira(o). Segundo Horta (1979), o processo de enfermagem é uma atividade que só pode ser executada pela(o) enfermeira(o).

Desse modo, a SAE é fundamental na implementação do processo de cuidar em enfermagem, dado que fornece as bases para o desenvolvimento de uma enfermagem científica. Essa afirmação tem como suporte o fato de que o método científico utiliza lógica na busca e resolução dos problemas, oferecendo sustentação para as ações profissionais, conduzindo a reflexão sobre elas e evitando aquelas que são desnecessárias. Segundo Iyer (1993) e Campedelli et al (1989), a SAE fornece as bases para o desenvolvimento de uma enfermagem científica, assegurando aos clientes um cuidado de enfermagem individualizado, contínuo, atualizado, responsável e com qualidade, possibilitando acompanhamento adequado e correto, ao mesmo tempo em que estimula o cliente e sua família à participar dos cuidados, resultando na promoção de um ambiente seguro e terapêutico.

ALFARO-LEFEVRE (2000) aborda que, para implementar a SAE, a(o) enfermeira(o) necessita ter senso de julgamento, avaliação crítica, tomada de decisão e competência técnica. A intenção é justificar e afirmar que a enfermagem é uma profissão exercida com base científica e que o cuidar compreende ação, ocupação, preocupação e envolvimento afetivo e, portanto, atitude.

Ressaltam Felisbino (1994) e ALFARO-LEFEVRE (2000) que a implementação da SAE, apresenta várias vantagens, como: promove a interação entre enfermeira(o)-cliente-família e equipe de saúde; favorece o planejamento sistematizado das ações de enfermagem e sua implementação; fornece condições para avaliação dos cuidados prestados e contribui para a organização do trabalho.

No entanto ressalta Waldow (1998) que, na prática, a execução das ações de enfermagem são delegadas e isso limita a assistência, tendo em vista que assegura cuidados que devem ser da(o) enfermeira(o), são na verdade, executados por técnicos de enfermagem. Conforme afirma Waldow (2001), o afastamento gradativo da(o)s enfermeira(o)s do cuidar direto ao cliente é devido a diversos fatores. Trás, como exemplo, a liderança na equipe de

enfermagem, incluindo o grande número de tarefas. Afirma, também, que organizar é planejar tarefas, é controlar a equipe e os gastos de forma a tornar o serviço mais eficiente, prático e econômico. Sendo assim, o cuidar direto foi transferido, delegado para as demais categorias de enfermagem, contribuindo, ainda mais, para a desvalorização do cuidado no Brasil.

Nesse contexto, a implementação da SAE é um caminho que a(o) enfermeira(o) dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico, científico e humano na assistência ao cliente, o que deve caracterizar sua prática profissional, colaborando para a definição efetiva do seu papel.

Horta (1979) afirma que a autonomia profissional só será alcançada no momento em que toda a classe passar a utilizar, na prática de suas ações, a metodologia científica, o que só será obtida pela operação sistemática do processo de enfermagem.

Para Campedelli et al (1989), embora a maior parte da(o)s enfermeira(o)s tenham a percepção da necessidade de uma sistematização, a utilização de um método, na prática, ainda é pequena e, em muitos casos, ocorre de forma experimental. Mesmo nas unidades de enfermagem em que se conseguiu implantar a SAE, geralmente ela não se dá de forma definitiva, em razão das inúmeras dificuldades encontradas para sua operacionalização.

Iyer et al (1993) preconizam que, apesar das dificuldades encontradas na implementação e manutenção da SAE, nenhum esforço será inútil, quando a proposta é o desenvolvimento de uma enfermagem científica, que assegure aos clientes um cuidado de enfermagem contínuo, atualizado e responsável.

3 TRAJETO METODOLÓGICO

3.1 ABORDAGEM DO ESTUDO

Com a pretensão de investigar os significados atribuídos pela(o)s enfermeira(o)s à Sistematização da Assistência de Enfermagem, optei por desenvolver um estudo de abordagem qualitativa, que, conforme Minayo (2002), se preocupa com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Optei pela pesquisa qualitativa porque, por meio deste tipo de abordagem, é possível enfatizar o conhecer, compreender e interpretar o mundo dos significados, dos símbolos, da subjetividade e da intencionalidade, e, assim abordar a natureza do objeto deste estudo e alcançar o objetivo proposto.

Segundo Minayo e Sanches (1993), a pesquisa qualitativa oferece oportunidade de discutir e explorar a configuração de um fenômeno, aprofundando-o em seu contexto.

Os mesmos autores também afirmam que o dimensionamento do significado, a interpretação e a análise do fenômeno em estudo emergirão da palavra que expressa o cotidiano dos atores, envolvendo empatia, os motivos, as intenções, aspirações, hábitos, atitudes, opiniões, crenças e valores do referido fenômeno e a compreensão dos significados que os animam.

O objeto da pesquisa qualitativa enquanto ações e ou relações humanas tende a ser diferente, pois, segundo Minayo (1998), quer seja por razões culturais, de classe, de faixa etária ou qualquer outro motivo, essas características, peculiares a cada indivíduo, trazem uma

carga histórica, política e ideológica que não pode ser contida apenas em uma fórmula numérica ou em um dado estatístico.

Triviños (1987) refere que a pesquisa qualitativa torna possível desvendar ideologias ou lacunas que possam existir nos dispositivos legais, formando parte de uma visão mais ampla, refletindo a possibilidade de inferências na discussão e análise da pesquisa.

Dessa maneira, esta pesquisa foi desenhada com natureza exploratória, descritiva, sendo uma etapa inicial de investigação no meu processo de desenvolvimento profissional. GIL (1991) afirma que esta modalidade de pesquisa tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vistas na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Nesse sentido, considero que esta poderá vir a subsidiar e dar continuidade aos meus estudos futuros sobre a temática em questão.

A opção pela pesquisa descritiva deve-se ao fato da preocupação com a ocorrência e a descrição dos fenômenos intervenientes, presentes em um grupo de enfermeira(o)s. Segundo Gil (1991), a pesquisa descritiva tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis.

Triviños (1987) refere que o foco principal do estudo descritivo é pretender conhecer com maior precisão os fatos e os fenômenos de determinada realidade. Lakatos e Marconi (1990) afirmam que a descrição do fenômeno de pesquisa deve também analisar os aspectos do registro, análise e interpretação da realidade com o objetivo de entender seu funcionamento no presente.

3.2 LOCUS

O estudo teve como campo de pesquisa um hospital privado de médio porte na cidade do Salvador. A utilização dessa instituição, para a pesquisa, deu-se ao fato que busquei

compreender o significado encontrado pela(o)s enfermeira(o)s na medida em que o Processo de Enfermagem já vem sendo implementado nessa instituição e pelas condições privilegiadas dos recursos humanos qualificados e materiais disponíveis para a efetivação destas etapas.

O hospital, no decorrer dos anos, sentiu a necessidade da implantação e implementação da SAE desde 1990, como objetivo de tornar a assistência sistematizada e fundamentar as suas ações a fim de minimizar iatrogenias e incapacidades dos cuidados de enfermagem, que estariam embasados em conhecimentos científicos em busca da excelência de atendimento dos seus clientes.

Utilizava-se, inicialmente, na prática, o histórico de enfermagem, a evolução de enfermagem, anotações, prescrição de enfermagem, plano de cuidados e plano de alta. Atualmente, com as mudanças realizadas e pensando no prontuário eletrônico, foram feitas alterações e o hospital passou, a utilizar: a avaliação inicial, avaliação das necessidades básicas afetadas e de risco, plano assistencial, evolução, plano de cuidado, anotação, plano educacional. O processo de enfermagem nessa instituição é fundamentado na Teoria de Enfermagem de Wanda Horta, a qual está voltada toda a atenção para as necessidades humanas básicas afetadas do cliente de Maslow e para o auto-cuidado de Dorothea Orem.

É utilizado como instrumento para que a SAE aconteça de forma efetiva, o Programa Primary Nurse, no qual fica determinado a existência de uma enfermeira(o)s de referência para um determinado número de clientes, o que veio facilitar a assistência individualizada, com qualidade e um número mais limitado de clientes havendo, conseqüentemente, um olhar crítico, holístico do cuidar e uma relação mais próxima entre profissional, cliente e família.

Com a utilização dessa metodologia na instituição do estudo, foi evidenciado que a(o) enfermeira(o)s ganhou reconhecimento e respeito ao implementar o planejamento do cuidado; os outros profissionais da equipe multidisciplinar reconheceram o valor e a profundidade da contribuição das “*Primary Nurses*”. Notou-se assim, um avanço dos cuidados, dos quais são

priorizadas as necessidades individuais dos clientes, havendo, conseqüentemente, melhoria na qualidade dos cuidados prestados. Outro aspecto importante foi a melhora da comunicação da equipe fato que contribuiu para a continuidade do cuidado.

Atualmente, está sendo criado um manual de protocolos de enfermagem, o qual irá padronizar as ações de enfermagem de acordo com as respectivas patologias. Já existe o Manual de Procedimentos Operacionais de Enfermagem, que foi criado em 2000, elaborado com vistas a sistematizar a assistência facilitando a realização dos procedimentos da equipe de enfermagem, e de garantir que o cliente seja cuidado com competência, segurança e boa qualidade. Esse manual também servirá de subsídio para nortear a implantação do prontuário eletrônico futuramente.

3.3 PRIMARY NURSING

Esse é um modelo de assistência que o hospital do estudo utilizou para otimizar a implantação e implementação da SAE e não a sua sistematização propriamente dita.

O *Primary Nursing* foi inicialmente, implantado em hospitais americanos, no século XX, modificando significativamente, a sistemática de atendimento da(o)s enfermeira(o)s assistencial, através de um “sistema de aplicação de cuidados de enfermagem”. Trata-se de um modelo holístico, que consiste em políticas, procedimentos, relacionamentos, comportamentos, atitudes e competências.

Carmona e Laluna (2002) ressaltam que, hoje em dia, a enfermagem vem buscando um método de trabalho, que conduz à obtenção da autonomia, à humanização do atendimento e à competência profissional. Afirmam, também, que dentre os métodos de organização da assistência, o sistema de aplicação de cuidados *Primary Nursing* pode representar uma opção, por se tratar de um modelo personalizado, envolvendo conhecimento científico e

proporcionando autonomia e responsabilidade.

Marx e Morita (2000) consideram que a chave do *Primary Nursing* é a autonomia que a(o) enfermeira(o) tenha para o cuidado integral de todos os clientes assistidos por ela e por sua equipe e a multidisciplinar no dia-a-dia, desde a admissão do cliente até sua alta.

Manthey (1980) afirma que a qualidade desse programa é determinado pelo desempenho das pessoas que trabalham na sua aplicação. Essa qualidade pode ser boa, ruim ou incompleta, individualizada ou padronizada, criativa ou rotineira. A qualidade pode ser bem controlada nesse sistema, pois as pessoas podem ser responsabilizadas, no caso de não atingirem os critérios estabelecidos.

Com esse sistema, os cuidados de enfermagem a serem ministrados a um determinado número de clientes são delegados a uma ou um enfermeira(o) principal, durante 24 horas por dia. A *Primary Nursing* é tanto uma planejadora como uma prestadora de cuidados. O cliente, a família, o acompanhante e os outros membros da equipe de saúde devem conhecer é a(o) enfermeira(o) principal.

Por outro lado, a(o) enfermeira(o) principal deve saber tudo que tiver relação com o cuidado do seu cliente como: o quadro clínico, prognóstico, tratamento, resultados de exames, necessidades básicas afetadas, enfim, conhecê-lo como um todo e, assim, planejar os cuidados a serem ministrados.

Para Bowers (1989), o *Primary Nursing*, é um método sistemático de organizar o trabalho da enfermagem, a(o) enfermeira(o) principal deverá realizar a avaliação inicial, o diagnóstico, o planejamento, as intervenções, a implementação e a avaliação final dos cuidados de enfermagem dispensados ao grupo de clientes, bem como ela será responsável por supervisionar os cuidados implementados. Cada *Primary Nurse* pode ser auxiliada por enfermeira(o)s associada(o)s, que ficam responsáveis pela implementação dos cuidados por ela(e)s planejados.

Esse processo, com todas suas etapas, devem ser seguidos pela(o)s outra(o)s enfermeira(o)s durante o período de ausência da enfermeira(o) principal, a não ser que precise realizar alguma mudança no plano de cuidados que poderá ser acrescentada ou retificada.

No caso de alta do cliente, ela deverá realizar um planejamento para que a família esteja, no momento da alta, apta para cuidar do seu familiar em casa, com eficiência e segurança necessárias.

Iyer et al (1993) ressaltam algumas vantagens desse método, como:

- possibilita a promoção de cuidados coerentes e totais ao indivíduo, em virtude da qualidade e frequência das interações entre o cliente e a(o) enfermeira(o);
- aumenta a autonomia e a responsabilidade na prática de enfermagem individual. A(O) enfermeira(o) sente-se mais satisfeita(o) pelo fato de sua assistência estar mais individualizada e direcionada com o foco no atendimento integral de um número pequeno de clientes, ao invés de atendimento parcial a vários deles;
- oferece oportunidade para o crescimento profissional, no que se refere a aquisição de novos conhecimentos, habilidades e tomada de decisões;
- melhora a satisfação do cliente devido à interação deles com uma só enfermeira(o), que possui conhecimentos específicos sobre eles. Isso, permite que saibam quem é a(o) sua ou seu *Primary Nurse* e crie uma atmosfera de confiança e comunicação;
- a equipe multidisciplinar valoriza, também, esse método por promover a interação com uma ou um enfermeira(o) em particular, que deverá estar com informações sobre o cliente.

Manthey (1988) cita algumas vantagens do método como o relacionamento entre clientes, enfermeira(o)s e familiares que se desenvolve de maneira muito especial; a ocorrência de um maior envolvimento empático entre eles ao prestar cuidados diretos, considerando sua individualidade e suas necessidades; a equipe reconhece que o objetivo a ser atingido é o

cuidar individualizado e contínuo, prestado com competência, compreensão e solidariedade.

Também Marx e Morita (2000) relatam que *Primary Nursing* proporciona cuidado individualizado, com o envolvimento da família em todo o processo do cuidar. Evans (1998) focaliza o cuidado holístico, individualizado e profissional, gera autonomia para a(o)s enfermeira(o)s.

Também, Carmona e Laluna (2002) afirmam que o *Primary Nursing* é essencial não somente do ponto de vista do cliente, mas também por colocar a responsabilidade dos cuidados de enfermagem, que deve estar com a(o) enfermeira(o), minimizando a fragmentação da assistência e evitando a pirâmide de distribuição de tarefas.

Assim, conclui-se que o *Primary Nursing* nada mais é, conforme diz Manthey (1980), que uma abordagem lógica sobre como se deve cuidar das pessoas doentes, da mesma maneira que nós gostaríamos de ser cuidados se estivéssemos doentes.

3.4 SUJEITOS DA PESQUISA

Considerarei como sujeitos do estudo 10 enfermeira(o)s que trabalham em unidade de internação da instituição em estudo. O critério de inclusão foi trabalhar nessa unidade, terem mais de três anos na instituição e experiência com a SAE como instrumento de trabalho. A seleção foi realizada de forma intencional com o objetivo de obter depoimentos mais ricos e diversificados desse grupo de profissionais e, também, pela participação na implementação e sedimentação da metodologia nessa instituição.

3.5 COLETA DE DADOS

Procedendo a coleta de dados, optei pela validação do roteiro estruturado, que foi aplicado

a um grupo de juízes compostos de enfermeira(o)s “experts”, com experiência docente-assistencial sobre a metodologia assistencial. Foram escolhidos quatro docentes e um assistente com experiência de ensino e serviço com aplicação da SAE. Para tal, encaminhei ofício de solicitação de avaliação do instrumento, que, após devidamente corrigido e re-elaborado, foi aplicado.

O método usado para a coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada. Essa escolha está pautada em Minayo (1998), que define a entrevista semi-estruturada como uma conversa que tem finalidade, cujo roteiro serve de orientação, de baliza para o pesquisador e não de cerceamento da fala dos entrevistados.

Gil (1999) afirma que a entrevista é bastante adequada e necessária para se obter informações sobre o que as personagens de um estudo sabem sobre dado acontecimento social.

Para a realização das entrevistas, foi feito um contato prévio com as entrevistadas a fim de explicar e informar os objetivos e a importância do estudo, com isso, foi criada uma relação de confiança entre os entrevistados e a pesquisadora.

Durante a realização das entrevistas, foi feita gravação dos depoimentos com a utilização de um formulário previamente testado com perguntas pré-estabelecidas e aprovadas, o que me permitiu uma coleta de dados satisfatória. Esses depoimentos foram transcritos e interpretados pela pesquisadora.

3.6 ÉTICA

A licença para a investigação foi solicitada à instituição pesquisada através de um ofício destinado à diretoria e à Comissão de Ética ,em cumprimento à Resolução 196/96 sobre a pesquisa com seres humanos.

As entrevistas foram realizadas com enfermeira(o)s, respeitando-se os princípios do anonimato, da livre vontade e da disponibilidade de tempo para a participação de cada entrevistada, garantindo o sigilo e a reprodução fiel de suas declarações.

A coleta de dados foi realizada após o consentimento livre e informado esclarecido dos informantes, após devidamente orientados sobre os objetivos e as perspectivas do estudo, as questões éticas e o modo de aplicação dos resultados.

Atendendo ao anonimato previsto na Resolução 196/96, optei por substituir o nome de cada entrevistada pela abreviatura de enfermeira(o)s (enf.) e a numeração em ordem crescente, tendo sido, assim, suprimido qualquer possível identificação e o rompimento do anonimato institucional e pessoal, por serem, também, desnecessários à compreensão do objeto em estudo.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados qualitativos, foram utilizados pressupostos de Minayo (1999), os quais apontam três finalidades para a análise de dados em pesquisa qualitativa: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e ou responder às questões formuladas, ampliando o conhecimento sobre o assunto pesquisado e articulando-o ao contexto cultural do qual é integrante.

Desse modo, a fase de análise, as informações organizei e agrupei a partir de categorias agregadoras dos elementos e idéias em torno de um conceito, que, segundo Minayo (1993), devem ser capazes de abranger todos os objetivos propostos em um trabalho qualitativo.

Após a transcrição dos depoimentos gravados, realizei leituras exaustivas e cada linha das falas, lida e analisada. Os núcleos sublinhados e retirados dos dados e, após a comparação, agrupados por similaridade e diferenças, tornando possível identificar pontos de saturação dos

discursos, que me ajudaram a determinar a identificação das categorias para análise do trabalho. Para Minayo (1994, p.210), essa fase é “chamada de exploração do material e compreende a classificação e agregação dos dados, onde são escolhidas as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas.”

A categorização, conforme Minayo (1994, p.73), pode se “transformar numa ação complexa, mas isso pode ser ultrapassado com a fundamentação.” O aprofundamento sobre as relações entre esses dados das categorias teve sua articulação entre a base teórica da pesquisa e a compreensão das determinantes expressas nos discursos dos entrevistados.

Assim, foi permitido passar para a etapa seguinte, constituindo na união das categorias e, por fim, foi buscada, através do referencial teórico, a compreensão desses dados coletados, fazendo-se articulações entre eles e o referencial teórico da pesquisa, o que, conforme Minayo (1994), promove relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

Para Leopardi (2001), o objetivo da análise, na pesquisa qualitativa, tem sua ênfase maior na apreensão do que na explicação do fenômeno expresso nos dados, e o investigador aprende a processar cada aspecto encontrado, relacionando o que vai ser encontrado e interpretado, refletindo e considerando o movimento dos sujeitos e do contexto, avaliando tanto o que foi explicado diretamente na fonte quanto o que não foi explicado.

3.8 O INTERACIONISMO SIMBÓLICO COMO REFERÊNCIA PARA ANÁLISE

A escola da interação simbólica teve origem no fim do século XIX, e tem relação com os clássicos da sociologia, como Charles Horton Cooley (1864-1929), W.I. Thomas (1863-1947) e

George Herbert Mead(1863-1931). Porém, a expressão Interacionismo Simbólico só apareceu em 1937 com Herbert Blumer.

O foco principal de estudo, segundo afirma Haguette (1992, p.32), “ envolve as concepções da sociedade como um processo inter-relacionado (indivíduo e sociedade) e do seu aspecto sugestivo do comportamento humano, como parte essencial e fundamental no processo de formação e manutenção da dinâmica do self social e do grupo social.”

George Herbert Mead foi o mais importante estudioso do Interacionismo Simbólico, ensinou na Universidade de Chicago no período de 1893 a 1931, quando veio a falecer. Ele não chegou a publicar uma obra completa sobre sua teoria e todos os seus quatro livros são póstumos e organizados por editores, que coletaram suas palestras, notas, aulas e manuscritos fragmentados. Nestes, pode-se observar sua preocupação em ilustrar, fatos da vida cotidiana, bem como fazer a descrição do comportamento humano, cujo foco principal é a atividade “encoberta” do ato e não só o comportamento “externo” observável.

Essa teoria opõe-se ao behaviorismo radical de John B. Watson, que reduz o comportamento humano aos mesmos mecanismos encontrados ao nível infra-humano, onde a dimensão social é vista como mera influência externa sobre o indivíduo (HAGUETTE, 1992).

Sendo assim, existem evidências de que Watson participou de estudos científicos do comportamento aparente, enquanto que Mead proporcionou estudos sobre aspectos do comportamento, entretanto, ele se encontra inexistente, diante da percepção de Watson.

Deve ser registrado que todas as atividades de grupos sociais são baseadas no comportamento cooperativo, no qual a pessoa percebe a intenção do outro e, a partir daí, constrói sua própria resposta àquela intenção. Para que ocorra cooperação, é importante e fundamental que cada pessoa entenda a ação do outro e, então, direcione seu próprio comportamento a fim de acomodar-se. Por isso, é de grande relevância afirmar que o comportamento humano apresenta-se como resposta às intenções dos outros, as quais são

transmitidas através de gestos, que se manifestam na forma de um simbolismo passível de ser interpretado. Assim, o interacionismo simbólico é uma das formas de interpretar as percepções das pessoas, o significado e o sentido que elas dão às coisas e como esses relatos se relacionam com as experiências.

Mead apud Haguette (1992), enfatiza que a relação entre as pessoas surge do desenvolvimento as suas habilidades, em resposta aos seus próprios gestos. E, assim, permite que essas respostas sejam diferentes, propiciando a troca de experiências.

Santos e Nóbrega (2004) relatam que o símbolo é o ponto central dessa metodologia, pois, sem ele, os seres humanos não conseguiram interagir uns com os outros.

Leopardi (2001) ressalta que, da mesma forma que a pessoa age socialmente, possui um self, no qual pode ser identificado por quem que estabelece interação consigo mesmo, referenciada pela ação dos outros; sendo, assim, nossa construção tem base na vida social.

Conforme Santos e Nóbrega (2004), a mente é um processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo próprio. Referem ainda, que com a interação social, as pessoas passam a ser vistas como atores que se relacionam, comunicam-se e interpretam um ao outro, cuja relação é construída a partir da ação social. Esta, por sua vez, é formada à luz da situação na qual ela acontece. Ressaltam também que as pessoas agem de acordo com sua interpretação em relação à situação em que estão envolvidas.

Para Haguette (1992), nem o self nem o ato social são estáticos. Eles modificam-se de acordo com as alterações ocorridas nas intenções que o indivíduo vivencia, tanto com os outros como consigo mesmo. Cada indivíduo possui um self e, conseqüentemente, é capaz de ter uma vida mental própria e, por isso, tem a possibilidade de coordenar e controlar seu comportamento, ao invés de tornar um agente passivo de impulsos e estímulos.

Utilizando esse tipo de abordagem, não se deve ignorar o sentido que as coisas têm para o comportamento humano. Não ocorrendo isso, estará-se falsificando o comportamento em

estudo. Segundo Leopardi (2001), inicialmente, a pessoa absorve o sentido que algo tem para si mesmo e, a partir disso, seleciona, suspende, reagrupa e transforma o sentido, de acordo com a situação em que está inserido.

Alguns dos princípios metodológicos do interacionismo simbólico, que podemos ressaltar é à visão prévia do mundo empírico sob estudo, na qual, segundo, Haguette (1992), a ciência empírica pressupõe existência, observação, estudo e análise. Ressalta, também, que a “realidade” existe no mundo empírico e, lá, ela pode ser procurada e verificada.

Destaca, ainda, como a realidade aparece na experiência humana e de como os seres vêem o mundo.

Podemos, então, notar que a concepção da metodologia no interacionismo simbólico se distancia daquelas usadas pelas escolas quantitativas, nas quais ela nada mais é que a discussão dos métodos e das técnicas.

Luis (1991) afirma que essa metodologia tem sua utilidade, a qual é originar novas teorias, cuja exigência é a manutenção das conjecturas abordadas, proporcionando uma visão do homem com sua interação no processo de definir, responder, interagir e raciocinar.

Haguette (1992) e Leopardi (2001) ressaltam os seis pontos mais importantes na investigação científica, a saber: 1. visão prévia do mundo empírico sob estudo, pois é essa visão que vai orientar a elaboração do problema e a escolha dos tipos de dados; 2. elaboração de questionamentos sobre o mundo empírico e a conversão deles em problemas de investigação para desenrolá-lo da pesquisa; 3. determinação dos dados a serem coletados e dos meios que serão utilizados para realizá-los; 4. determinação da conexão entre dados selecionados, através de procedimentos estatísticos simples; 5. uso de conceitos que serão fundamentais para o ato da investigação; 6. interpretação dos resultados, na qual o investigador irá extrapolar os resultados empíricos e se debruçar sobre o referencial teórico. Se o referencial teórico for falso ou não comprovado, suas interpretações também o serão.

Sendo assim, Haguette (1992) afirma que “o interacionismo simbólico luta pelo respeito à natureza do mundo empírico e pela organização dos procedimentos metodológicos que reflitam a esse respeito.”

Santos e Nobrega (2004) afirmam que o Interacionismo Simbólico é uma metodologia empírica, que usa algumas formas de coleta de dados, como: estudo de caso, entrevistas, observação participante, história de vida, análise de documentos, cartas, diários, dentre outros.

Littlejohn (1982) enfoca três premissas do interacionismo simbólico, são elas: 1) os seres humanos agem em relação às coisas, com base nos significados que essas coisas têm para si; 2) esses significados derivam ou decorrem da sua interação social com seus semelhantes; 3) esses significados são elaborados e modificados através do processo interpretativo da pessoa, frente às coisas com as quais ela se defronta.

Foi pensando nesses princípios e considerando as experiências da inter-relação e o comportamento cooperativo para alcançar êxito na implementação da sistematização do processo do cuidar em um determinado grupo social – o grupo de enfermeira(o)s do hospital investigado – que ponderei e optei por uma modalidade de interacionismo simbólico denominado de Interpretativo.

Conforme Denzin (1983) e Mendonça (2003), o interacionismo interpretativo representa ir além do pragmatismo dos autores clássicos do interacionismo simbólico e de outros do campo interpretativo e estrutural da teoria social, além do pensamento europeu pós Guerra. Ele refere, também, que é “ímpeto fundamental desta perspectiva está na interpretação hermenêutica da experiência social em andamento, tendo como meta a apresentação e interpretação de uma sucessão de interações simbólicas”.

Desse modo, o interacionismo interpretativo é fundamentado no estudo, na expressão e na interpretação da experiência humana subjetiva. Nessa perspectiva, as interpretações

significativas (expressivas) da experiência humana só podem vir de pessoas que imergiram completamente no fenômeno que eles desejavam interpretar e entender (DENZIN, 1983).

Assim, compreendendo a importância da experiência da(o)s enfermeira(o)s envolvidas com a implantação do método SAE, justifica-se a utilização do Interacionismo Simbólico como método de análise, considerando que o investimento maior deste estudo foi a compreensão da(o)s enfermeira(o)s sobre a sistematização como etapa do processo de cuidar/cuidado. Nesse sentido, investiguei o grupo de profissionais agindo em relação às suas ações, às condições do ambiente e às coisas que cercaram o processo de cuidados. À interação social foi essencial à convivência com as companheiras de trabalho e o ambiente da instituição, levando-as a uma mudança comportamental através dos sentidos que são manipulados e modificados pelo processo interpretativo usado pela pessoa.

Assim, entende-se que a otimização do processo da sistematização do cuidado ocorrerá quando a pessoa (equipe) entender as intenções do outro (enfermeira(o)) através da linguagem – palavra, gestos, expressões e símbolos, passíveis de ser interpretados, fazendo com que as habilidades sejam desenvolvidas, ocorrendo, a troca de experiências em benefício do cliente para o qual foi determinado o esforço conjunto da equipe de enfermagem no estabelecimento do método de assistência.

Nesta análise, foi possível compreender melhor se o significado pela(o)s enfermeira(o)s era decorrente ou resultante da interação com os elementos envolvidos no processo de enfermagem, como também se esses elementos são significativas toda vez que estão interagindo na instituição de trabalho e como ela (equipe de enfermeira(o)s) interpreta e apreende a experiência de convivência com os objetivos mais significativos de sua prática.

4 RETOMANDO O MODO INTERPRETATIVO DOS DADOS A LUZ DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO

Nessa etapa, desenvolvi a análise dos dados coletados no hospital em estudo, cujo objetivo foi compreender o significado atribuído por enfermeira(o)s sobre a SAE. Para obtenção dessa determinação, busquei no discurso das entrevistadas a interpretação do mundo simbólico expresso nas palavras, gestos e atitudes, que determinaram o significado do método para a sua prática profissional institucionalizada.

Para tal, apropriei-me de uma modalidade de estudo: o Interacionismo Simbólico Interpretativo, como já defini no capítulo anterior. Assim, o interacionismo simbólico (IS) foi aqui usado exclusivamente como uma das formas de interpretar e ajudar a análise do relato das percepções das pessoas envolvidas nas entrevistas com a trama da implementação de um modelo de assistência de enfermagem em implantação. O interacionismo simbólico apresentou-se como uma das formas de interpretar as percepções, o *significado e o sentido* que as pessoas dão às coisas, e como esses relatos relacionam-se com as experiências cotidianas (SANTOS e NOBREGA, 2004).

Nesse sentido, o IS mostrou-se um instrumento teórico eficiente, que facilitou a compreensão ampliada do fenômeno; porque revelou o significado que a relação teoria e prática em enfermagem tem para a(o) enfermeira(o) e o grupo de entrevistadas e o que esse significado representa para o desenvolvimento das ações com a SAE no serviço investigado. Possibilitou-me, também, identificar: se esse significado é antecedente ou resultante da interação que a(o) enfermeira(o) estabelece com as pessoas envolvidas na realização das ações no processo assistencial; por que determinam a compreensão dos significados simbólicos atribuídos ao método, o que me ajudou a compreender o quão significativo é esse elemento para o mesmo grupo e como eles interagem na implementação do método SAE, qual

seja, como se dá o processo interpretativo relativo ao seu agir nessa fase e como esses fatos se relacionam em termos representativos na sua prática.

Retomando os conceitos centrais que serviram de base à compreensão do Interacionismo Simbólico (IS) e sua aproximação com as categorias de análises emanadas dos relatos orais das entrevistadas, destaquei apenas os conceitos de SELF, AÇÃO, INTERAÇÃO e o SIMBOLISMO. Este último foi considerado como categoria central presente na interação do grupo investigado. Esses conceitos tiveram papel de destaque, haja vista a importância que assumiu na interpretação e determinação dos significados atribuídos ao coletivo de enfermeira(o)s investigada(o)s (*self*) sobre as *ações* e *objetos* usados na implementação da SAE no serviço e a percepção do conjunto de significados simbólicos identificados no conjunto de ações da gerência. Na formulação desse mundo simbólico, também se mostraram os pontos centrais do interacionismo no grupo. Sem eles, as profissionais não conseguiriam interagir entre si nem atribuir significado as ações com a SAE, determinada pela gerência do serviço.

O SELF foi utilizado como concepção referencial de análise, sendo entendido como processo de construção social analítico do *Eu* e do *Mim* (o outro incorporado no próprio ser). O ser humano age socialmente consigo mesmo da mesma forma que age com os outros seres humanos. Ele pode tornar-se objeto das suas próprias ações. Nesse ponto, o SELF fornece ao ser humano um mecanismo de auto-interação com o qual ele pode satisfazer o mundo que o cerca.

O EU representa a propulsão do ser, o aspecto espontâneo e desorganizado da experiência humana; ele caracteriza o ato inicial, aquele que não está sob o controle, inferências e expectativas dos outros (o MIM). O MIM organiza o EU e dá a direção ao ato - representa o outro incorporado a este ser que é munido de um conjunto organizado de atitudes e definições, compreensão e expectativas, na forma de sentidos que são comuns ao grupo. O

MIM compreende o comportamento do outro generalizado (HAGUETE, 1992).

O comportamento humano pode ser visto como uma série de atos iniciados pelo EU e de direcionamento e retroação do ato pelo MIM. Tanto o SELF como a AÇÃO humana tem fundamentação social e evoluem ou modificam-se ao sabor das mudanças que ocorrerem nos padrões e nos conteúdos das interações que o EU experiêcia com os outros e consigo mesmo (DUPAS, OLIVEIRA E COSTA, 1997). O SELF é a própria vida mental, “que tem possibilidade de dirigir e controlar seu comportamento ao invés de tornar-se um agente passivo dos impulsos e estímulos” (HAGUETE, 1992, p.31).

A AÇÃO - é outra categoria do IS que representa a ação conjunta ou coletiva de uma categoria, uma representação ou um grupo dirigente. Ela é construída a partir do enfrentamento do mundo, fazendo indicações a si próprias e interpretando as referências indicadas e realizadas umas às outras, através de um processo em que os atores observam, interpretam e avaliam as situações que enfrentam. Esses atos vinculam-se e se generalizam de forma complexa nas ações das organizações, instituições e, no caso específico da enfermagem, ligam-se aos serviços e divisões de enfermagem.

A INTERAÇÃO SIMBÓLICA é a última categoria do IS utilizada no estudo. Ela tem sua origem na INTERAÇÃO SOCIAL. Assim, entende-se que o ser humano age em relação aos objetos na base dos sentidos que cada um tem para si. Os *objetos* aqui são compreendidos como qualquer coisa designada ou referida pelos sujeitos que participam da interação. Os *sentidos* desses *objetos* têm origem na interação social com seus companheiros e são manipulados e modificados por meio de um processo de interpretação simbólica usado pelas pessoas ao tratar daquela coisa. Assim, o *sentido* na Interação Simbólica diferencia-se do de outras abordagens, porque é percebido emergindo do processo de interação e não como elemento individual ou expressão da psique individual. Nesse caso, depreende-se que a INTERAÇÃO SOCIAL é a própria evidência da INTERAÇÃO SIMBÓLICA, porque

expressa o significado simbólico atribuído pelo grupo a um determinado objeto, que pode ser essencial á compreensão da organização de uma linha de condutas de certas pessoas ou de um grupo de liderança profissional em direção à realização da AÇÃO.

A Interação Simbólica apresentou-se de modo efetivo como a linguagem sinalizada no grupo de enfermeira(o)s pelos objetos e ações cotidianas, intervenientes ao trabalho com o método SAE. *O Símbolo* é uma dessas categorias de investigação dos objetos de estudos sociais usados para representação e comunicação. A noção de símbolo tem sido identificada como subclasse do sinal e parece não ter relação intencional com a coisa simbolizada. Ele é um processo que condiciona uma linguagem semântica entre o significante e o significado, e que podem ser, também, chamados de signos simbólicos (PEREIRA, 1999).

Na conceituação de Miranda Neto (1986), os signos simbólicos

funcionam como sinais convencionados de forma explícita ou implícita entre os que os utilizam e seu valor depende do nível de interpretação liberal destas convenções geralmente expressas na forma de normas que, de um modo geral, assumem caráter semântico e ou sintático, pragmático ou axiológico.

Assim, os signos estão aqui, representados pela linguagem, traduzidos nas impressões e percepções do grupo investigado, expressas nas respostas das entrevistadas, provenientes das experiências, vivenciadas no cotidiano de implementação da SAE.

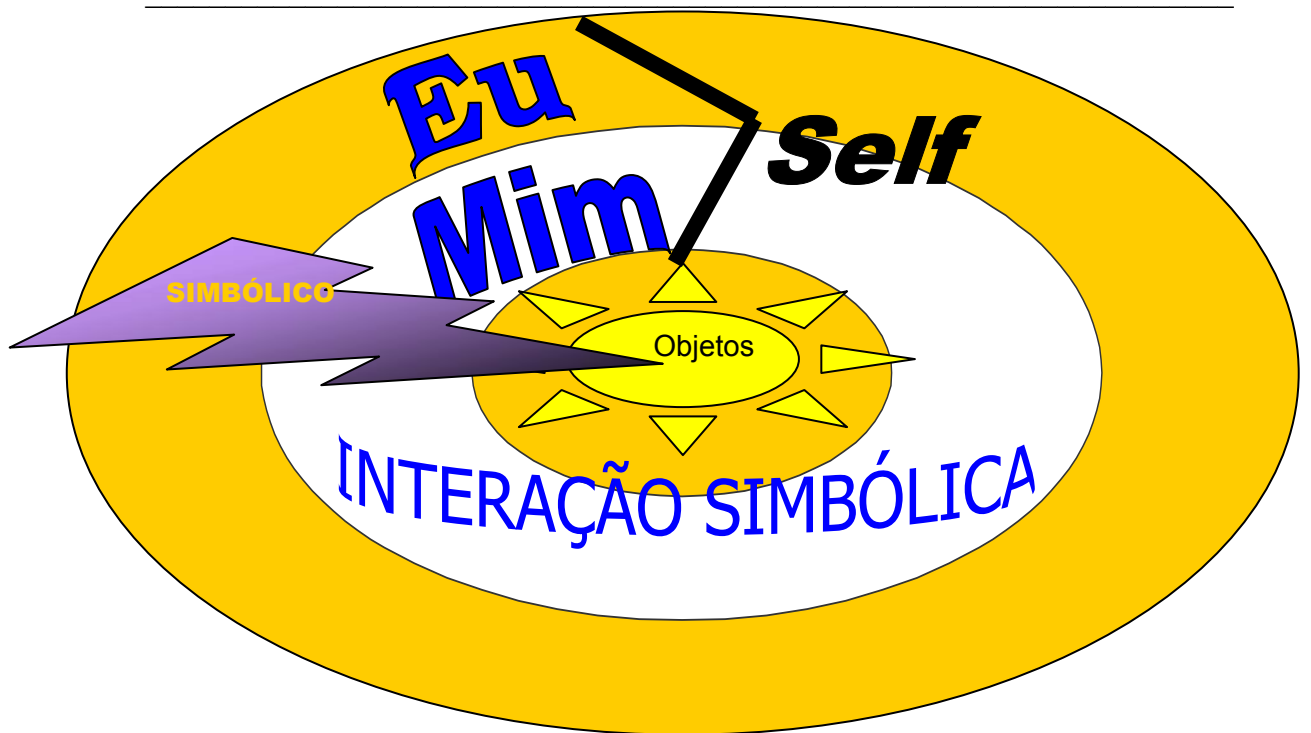


Fig. 1. Representação esquemática da apreensão dos simbolismos dos objetos e ações

4.1. CARACTERIZANDO AS ETAPAS DE FORMULAÇÃO DAS CATEGORIAS NA ANÁLISE DO SELF DAS AÇÕES E INTERAÇÕES

Foi em busca do sentido prático, semântico ou sintático que direcionei esforços para a compreensão dos depoimentos do grupo entrevistado. Para realizar essa etapa, que tratou da interpretação e análise dos dados, cuja expectativa foi a de que se extrapolasse os resultados empíricos dos estudos sobre o Interacionismo Simbólico e sobre a SAE, realizei leituras exaustivas das respostas das entrevistadas e, norteada pelos objetivos do estudo, selecionei os trechos representativos dos depoimentos que se assemelharam ou se tornaram comuns suas falas e que tinham relação com o significado do método para a prática profissional institucional dessa(e)s enfermeira(o)s.

A apreensão do fenômeno de investigação foi norteada por três conceitos fundamentais do interacionismo, já definidos na etapa anterior. No desenvolvimento da investigação estes foram utilizados e traduzidos no *Self* e nas *Ações e Interações*, nas expressões e linguagem das entrevistadas. Desse conjunto de dados confluentes identificou-se um grupo de relatos que se inter-relacionavam e exibiam uma codificação padrão, representando a saturação dos dados, produto de expressões comuns nas respostas. Estes se traduziram na forma de resultados de interesse e foco de análise especial desta investigação, relatado neste capítulo.

A partir dos recortes extraídos depoimentos e das consultas à literatura especializada, foram determinadas cinco categorias principais, que, na leitura dos depoimentos, demonstraram relação significativa com meu objeto de estudo, qual seja: ***o significado atribuído pela(o)s enfermeira(o)s a SAE.***

Das conexões significativas entre os depoimentos e o IS determinei dois grandes

grupos temáticos, aqui identificados como DOMÍNIOS SIMBÓLICOS SOBRE A SAE e SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AO SELF E A INTERAÇÃO SOCIAL. Estes sintetizaram as possibilidades de associação entre os discursos e o marco referencial do trabalho. Os referidos temas permearam os discursos e aparecem em toda extensão deste capítulo como pano de fundo das categorias que identifiquei e foram evidenciadas graças a relação intrínseca que esse tema significou com as mesmas. Assim, os DOMÍNIOS SIMBÓLICOS SOBRE A SAE são aqui destacados como temática central nas categorias:

A: Simbolismos do Self Sobre as Ações de Qualidade na Assistência Prestada ao Cliente e B. Simbolismos Sobre a Resistência a Mudanças e a Complexidade das Ações da SAE no Cotidiano da(o)s Enfermeira(o)s;

As categorias C, D e E destacam o segundo grupo temático mais significativo identificado como os SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AO SELF E A INTERAÇÃO SOCIAL nas ações individuais e grupais tendo por destaques as categorias:

C. Atendimento Individualizado; D. A Motivação da Chefia de Enfermagem e E. A SAE como direcionador do trabalho da(o) enfermeira(o).

É nessa ordem que vamos dar destaque à análise, neste capítulo. Vale ressaltar que, na medida em que os discursos foram sendo analisados, emergiram, além das cinco categorias principais, alguns temas secundários, entretanto não menos significativos, os quais foram identificados e agrupados como subcategorias e aparecem, concomitantemente, e no conjunto, na análise das categorias principais. Dentre estes, destaco algumas subcategorias, tais como: *o significado do conhecimento técnico científico da(o) enfermeira(o); dificuldades de implementação pela falta de tempo; multiplicidade de impressos; resistência da(o)s enfermeira(o)s a mudanças; número insuficiente de funcionários e a sobrecarga de trabalho da(o) enfermeira(o), além da necessidade de treinamento em serviço e avaliação do processo.*

Daqui para diante, passei a analisar as categorias referidas e os respectivos

depoimentos, fazendo a aproximação dos discursos com a prática vivenciada e relatada pelo grupo na viabilização da SAE na instituição investigada.

4.1.1. O DOMÍNIO SIMBÓLICO SOBRE A SAE

Ultrapassada a fase de relato da incorporação do modelo teórico e das formas de adaptação às categorias deste trabalho, estão os depoimentos e as referências realizadas neste contexto com o grupo investigado. Nessa etapa, a SAE aparece em toda extensão da análise como pano de fundo das categorias, evidenciadas graças à relação intrínseca em que esses temas se significam com a mesma.

A. SIMBOLISMOS DO SELF SOBRE AS AÇÕES DE QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA PRESTADA AO CLIENTE.

O destaque para significados sobre a qualidade foram muito presente nas falas individual e coletiva das entrevistadas.

É possível observar que o tema que determinou a formulação desta categoria foi abordado pela maioria das depoentes, enfatizando que a sistematização da assistência de enfermagem representa, individualmente e no coletivo, no todo ou em partes, ações de enfermagem mais qualificadas que, conseqüentemente, vêm repercutindo na melhoria da qualidade da assistência prestada ao cliente.

Pode-se observar, através dos trechos de depoimentos, a preocupação individual e coletiva (o EU e o MIM) expressa pelo grupo com relação aos significados simbólicos sobre a qualidade do serviço prestado ao cliente, ao referir-se à realização da SAE como método de

excelência da sua prática:

Entendo por SAE como um Processo de sistematização para melhoria da qualidade prestada ao cliente.(Enf.04)

Ela permitiu á equipe de enfermagem prestar uma assistência mais qualificada, individual ao cliente.(Enf.03)

O processo de sistematização da assistência de enfermagem melhorou muito a qualidade da assistência na instituição.(Enf.06)

... eu vejo como um processo organizado, sistematizado para melhorar a qualidade prestada aos nossos clientes. (Enf.05)

A SAE direciona o cuidado e a sua aplicabilidade favorece a qualidade da assistência. (Enf.08)

Se a enfermeira(o) consegue se organizar e sistematizar a assistência, colocando as prioridades de seus clientes, conseqüentemente, ela consegue dar uma boa assistência ao cliente. (Enf. 09)

A sistematização da assistência de enfermagem significa, para mim, a valorização da assistência prestada ao cliente através da individualização do cuidado de enfermagem na qual identificamos as necessidades e prioridades para cada cliente em questão.(Enf.10)

Pela leitura cuidadosa dos trechos desses depoimentos é possível observar que, de um modo geral, as depoentes consideram e significam a SAE como parte de um conjunto de ações que promove a excelência da assistência prestada ao cliente, tornando-a mais qualificada no momento em que individualiza os cuidados, permitindo a identificação das necessidades básicas afetadas, a priorização e a direção da assistência de modo a atender á demanda de cuidados do cliente e a satisfazer suas expectativas.

Destacando a literatura específica sobre a SAE, Santos e Ramos (1998) revelam que a SAE facilita a assistência de enfermagem prestada ao cliente na medida em que torna esse cuidado mais prático devido ao planejamento das ações prescritas. Enfoca, também, que esse modelo determina um controle maior das ações de enfermagem, favorecendo, assim, a sua avaliação, permitindo a individualização e a sistematização da assistência, trazendo benefícios

para o cliente e valorização para enfermagem.

Carraro (2001) ressalta que, com o uso de um método de assistência, é permitido organizar e direcionar o desempenho da enfermagem, facilitando, o seu trabalho e favorecendo, sobretudo, melhor qualidade da assistência prestada.

A sistematização das ações da(o) enfermeira(o) passa a ter caráter qualificador, quando passa a ser um instrumento facilitador do controle da qualidade por meio da auditoria. (FUGULIN, ANDREONI e RAVAGLIO, 2001)

Conforme a filosofia de enfermagem da instituição onde foi desenvolvido o presente estudo, a assistência de enfermagem individualizada deve ser desenvolvida com base em um modelo de assistência preconizado. Assim, o *Primary Nurse*² é a opção de modelo de atenção usada no serviço investigado e, busca uma assistência de excelência ao cliente, baseada em princípios técnicos e científicos para que haja o exercício de uma enfermagem atualizada, atuante e dinâmica procurando contribuir para o restabelecimento o mais precoce possível da saúde dos clientes. Nesse contexto a implementação da SAE vem promovendo uma assistência mais qualificada, superando as expectativas e elevando, ao logo do tempo, o grau de satisfação com a atuação da(o)s enfermeira(o)s junto aos clientes.

Segundo Manthey (1988), uma enfermagem de qualidade significa cuidados individualizados e administrados de forma humana, competente, de forma integral e contínua e o *Primary Nursing* é uma das opções que se apresentou ao serviço para conseguir a melhoria dessa qualidade.

O processo de enfermagem³, no entendimento de Alfaro-Lefreve (2000), tem o poder

² *PRIMARY NURSE* como já foi definido no capítulo do CAMINHO METODOLÓGICO é um método de assistência que preconiza segundo Iyer (1993) ser um sistema de prestação de atendimento em que a enfermeira deve ser responsável e presta contas pela direção dos cuidados direcionados e individualizados a um cliente ou a um grupo de clientes.

³ Utilizo-me das expressões **processo de enfermagem, metodologia da assistência, modelo assistencial** para referir-me a SAE. Nesse sentido e, do mesmo modo que Carraro (2001), considero que esta variação de termos indica que a Sistematização pode ser identificada de qualquer uma dessas maneiras, que o objetivo é comum e refere-se à organização da prática da enfermagem científica, mas que as etapas e o método é que determinam essa organização.

de sistematizar a assistência de enfermagem de forma humanizada, porque se realiza seguindo etapas, que são interligadas e em seqüência, visando eficiência e resultados benéficos para o cliente, considerando seus interesses, desejos, expectativas, anseios, necessidades, promovendo a qualidade da assistência prestada.

Na visão de Virgínio e Nóbrega (2004), o processo de enfermagem é um instrumento que objetiva melhorar a qualidade da assistência, vez que permite o planejamento das ações de enfermagem com a participação do cliente, o que pode facilitar atingir os objetivos e metas e, assim, melhorar ou solucionar os seus problemas de saúde.

A participação do cliente e da sua família permite que a prescrição e as outras etapas do processo de enfermagem sejam bem elaboradas, visando atender a todos os anseios, quereres e expectativas do cliente.

Iyer et al (1993) enfatizam que a(o) enfermeira(o) utiliza as fases do processo de enfermagem para poder proporcionar cuidados de qualidade em que precisa estar com atenção centralizada no cliente. Relatam, também, que esse método promove a qualidade das ações de enfermagem e pretende evitar os problemas associados à instituição ou à produção tradicional do cuidado.

Timby (2001) ressalta que, ao colocar em prática os modelos do processo de enfermagem, os clientes irão receber cuidados qualificados em um mínimo de tempo possível e com um máximo de eficiência.

Pereira (1999) afirma que a preocupação com a qualidade assegura o bom resultado da assistência, garantindo a melhoria do nível dos cuidados e a boa recuperação da clientela.

Pode-se depreender dessa análise retrospectiva que, para buscar qualidade da assistência de enfermagem, além da fundamentação científica e da habilidade para assistir estes clientes, é preciso realizar uma assistência de enfermagem sistematizada. Sem ela, o cuidar fica fragmentado, sem o direcionamento desejado, prejudica a atenção ao cliente,

minimiza a credibilidade e a instituição e da equipe de enfermagem.

Pelos destaques aos trechos dos depoimentos é possível perceber que a qualidade vem sendo identificada individualmente e pelo grupo por um conjunto de ações que assumem sua relevância no mundo simbólico da(o)s enfermeira(o)s entrevistadas, tendo sua origem estabelecida no *self* individual e coletivo. Sendo sua representação é superestimada no âmbito gerencial e pode estar determinada pelo significado, pelos investimentos, pelas preocupações e ou exigências institucionais com a implantação e implementação do método pelo serviço de enfermagem.

Essa qualidade vem sendo o ponto crítico das ações, porque diz respeito aos cuidados de enfermagem prestados, que poderão determinar a satisfação ou insatisfação dos clientes/usuários do serviço. Ela vem sendo simbolizada por um conjunto de ações desenvolvidas pela(o) enfermeira(o) e suas companheiras, que dão significados à competência, habilidade, ao conhecimento técnico, científico e humanizado, completando os alicerces da qualidade da assistência. Ela tem por princípio satisfazer as necessidades e expectativas de cada cliente em questão. Nesse sentido, para que isso aconteça, conclui-se que é necessária a implementação de uma metodologia que favoreça o direcionamento e a individualização do cuidar. Afinal, para alcançar a qualidade, é necessário buscar a excelência e a superioridade do cuidado integral, técnico e humano.

B. SIMBOLISMOS SOBRE A RESISTÊNCIA À MUDANÇAS E A COMPLEXIDADE DAS AÇÕES DA SAE NO QUOTIDIANO DA(O)S ENFERMEIRA(O)S

Os temas que determinaram a escolha desta categoria podem ser observados na significação das falas da maioria das depoentes e foram relacionados com a resistência a

mudanças determinando o conjunto de fatores que dificultam a implementação da SAE. Associam-se a esses fatores, dentre outros, a difícil implantação cotidiana e a falta de tempo para realizar efetivamente o preenchimento dos impressos.

É possível que tais fatores estejam evidenciados pelos significados atribuídos a segurança em lidar com o estável, os padrões pré-estabelecidos e em funcionamento; com a comodidade proporcionada pelo que já se conhece; o hábito da rotina. A nova rotina pode significar o inusitado, o incerto, o desconhecido, promovendo à resistência de algumas ou alguns enfermeira(o)s a mudanças, mesmo que sejam para a melhoria do serviço. Podemos observar essas evidências em alguns depoimentos que exprimem resistência à implantação de modelos da prática como a SAE:

Às vezes existe alguma resistência por parte de alguns colegas com a sistematização é ... nem tudo que é implantado é bem aceito, então, existe um pouco de resistência e assim ... todo mundo querendo dar com opiniões diferentes, querendo contribuir o que torna ainda mais difícil de sistematizar. (Enf.02)

No início da implementação da sistematização, foi algo muito difícil, teve resistência por parte de toda a equipe, já que era algo novo, mas atualmente, ele é bem aceito, bem difundido entre o grupo e estamos conseguindo trabalhar de uma forma ... como é que eu digo ... de uma forma uniforme. (Enf. 03)

...eu vejo a princípio, sim, resistência de algumas colegas como qualquer modificação que existe a pessoa, no início, tem sempre uma resistência mas, no decorrer de suas ações, ela se torna até mais aceitável e a gente acaba vendo que isso ajuda o nosso trabalho, o nosso desenvolvimento e também o atendimento ao cliente. (Enf. 05)

Minhas colegas vêem a SAE com muita crítica e colocou muita dificuldade na implementação. (Enf. 07)

Inicialmente, acho que houve muita resistência, é ... a mudança traz medo, o novo traz medo e a resistência é geral por parte delas. Porque tem que haver uma restauração total da sua assistência e isso influencia em mudança e mudança dá trabalho, né! Isso há resistência. (Enf. 09)

É possível atribuir outros simbolismos relacionados a resistência ao processo de

implantação que aqui foram relacionados à consideração a SAE como estratégia complicada, de difícil implantação cotidiana por sua complexidade científica.

O que está por traz desses discursos pode ser muito mais que uma forma reacional, que assume sua dimensão no domínio simbólico, como acima apontado. O primeiro contato com o “novo”, representado pelo desconhecido, desperta, de um modo geral, uma dose de insegurança e desestabilização no trabalho, em face a essa nova e "intrusa" modalidade e, nesse sentido, o desconhecido cria no imaginário individual e coletivo dos profissionais uma expectativa sombria, além de certa, insegurança evidenciada pela tensão da implantação e exigências da instituição.

Assim, interpretado muito mais pela ótica do desconhecido e carregado de crenças e pré-concepções, é possível evidenciar, nas falas das entrevistadas, a manifestação de mitos e tabus sobre a complexidade do processo, vistos como empecilho à implantação da SAE:

Não é fácil aplicar o processo de enfermagem, porém é necessário. (Enf.04)

O processo de enfermagem é bem complexo, com isso a gente requer que a gente tenha tempo disponível para avaliar bem o cliente, então aí que a gente ... assim ... torna-se um pouco difícil, mais tudo é necessário, embora, a gente queira estar mais na ação do que escrevendo.(Enf.05)

Não acho fácil aplicar o processo de enfermagem. Acho que o processo tem benefícios mas é muito complexo. O processo requer muito tempo da enfermeira(o). O que dificulta a implementação do processo é a complexidade dele porque requer mais enfermeira(o)s. (Enf.06)

... o processo é pouco prático, muito burocrático, muitas informações que demandam tempo para preencher e que, na prática, não são utilizados. (Enf. 08)

Os depoimentos indicam o significado relevante para a realização da SAE, mas reconhecem, de outro lado, a dificuldade da sua implementação cotidiana. É possível observar ainda que a maioria das depoentes, acha o processo complexo por diversos fatores, quer seja: falta de tempo (que mereceu destaque como subcategoria mais adiante); número insuficiente de funcionários; grande número de impressos e, até mesmo, pela resistência das colegas em

incorporá-lo como ações cotidianas. Alguns desses fatores podem ser considerados pré-concepções equivocadas e ou simbolismos que não espelham a significação da maioria do grupo e que é fruto de mitos relativos ao enfrentamento de situações novas e desconhecidas, já destacadas anteriormente.

Santos e Ramos (1998) identificam e reafirmam essa condição quando revelam que de um modo geral, a(o)s enfermeira(o)s reagem caracterizando o processo de enfermagem como um método muito complexo e extenso.

Acredito, contudo, que o complexo e o desconhecido estão intrinsecamente relacionados e que tudo que é desconhecido causa certa insegurança nos profissionais, acostumados por sua história, a valorizar a prática, trabalhando com a estabilidade de condutas padronizadas e procedimentos, que exigem muito mais o fazer do que o saber essencial.

A resistência, evidenciada no discurso de muitas da(o)s enfermeira(o)s, é observada frente às condições de mudanças e referida como motivo de medo. Contudo, é também questionável o estado de acomodação de algumas dessas profissionais que justificaram estar acostumadas com o seu trabalho, com a rotina e não querem mudanças. Esses grupos, ao desempenhar seu papel na assistência de enfermagem, também vêm os processos de enfermagem de forma mecânica e excessivamente normativa. A(o)s enfermeira(o)s estão acostumada(o)s a realizar sua incansável rotina e, de repente, surge algo novo, que vai dar trabalho para entender, incorporar, implementar e, até mesmo, demandar treinamento e supervisão da equipe. Essa novidade vai modificar completamente sua rotina de trabalho, requerendo algum tempo para se acostumarem. Isto, pode causar grande instabilidade, sobretudo quando se trata de uma profissão, cujos padrões precisam ser dominados, apreendidos para assegurar “certa estabilidade” no serviço.

Kurcgant (1991) aponta como dificuldade na implementação e manutenção da SAE a

reação a mudanças, relatando que, geralmente, a(o)s enfermeira(o)s estão acostumados a prestar assistência aos clientes de forma intuitiva, não de forma sistematizada, acreditando que o registro das ações de enfermagem é perda de tempo. Aborda, também, a falta de atualização profissional em relação ao conhecimento técnico-científico, indispensável para a execução das ações de enfermagem.

Maitté et al. (2001); Rossi e Casagrande (2001) e Waldow (1998) afirmam que muita(o)s enfermeira(o)s têm resistência à implementação da SAE por considerarem-na uma carga de atividade a mais, além de demandar tempo e pessoal; e ser uma atividade teórica, quase sempre sem aplicabilidade prática. As mesmas autoras relatam que a resistência da(o)s enfermeira(o)s pode ser pela falta de conscientização, acomodação, desmotivação ou mesmo por falta de interesse pelo seu auto-conhecimento e valorização.

Mendes e Bastos (2003) afirmam que um dos fatores para a resistência à SAE pode estar relacionado á falta de conhecimento sobre o processo de enfermagem. Ressaltam que a realização do exame físico e o raciocínio clínico são apontados como áreas de maior déficit de conhecimento da(o)s enfermeira(o)s, fato que pode ter relação também com sua formação acadêmica.

PAIM (1988) revela que, em muitas circunstâncias, a resistência ao método SAE acontece devido ao modo como o assunto é abordado durante a formação na Escola de Enfermagem, com excesso de detalhamento e, até mesmo, com a supervalorização do método em detrimento da essência, naturalidade e espontaneidade do processo do cuidar. Isto tem contribuído muito para a construção desses simbolismos sobre a desvalorização, negação bem como críticas a essa prática.

Outro fator de destaque, nesse contexto, é o simbolismo que se determina pelo pouco conhecimento sobre o assunto. Isto deveria ser motivo para se ter que estudar e aprofundar no assunto, antes da aplicação deste método. Essa falta de conhecimento pode ter sido fruto da

deficiência no tratamento dado ao tema nos cursos de graduação, associada à falta de interesse e de investimentos em leituras sobre ele.

Muita(o)s enfermeira(o)s referiram dificuldades para estudar e se aprofundar nesse assunto, uma vez que a metodologia da SAE requer tempo e dedicação na tripla jornada de trabalho vivenciada pela maioria feminina do grupo. Esses significados, efetivamente, ajudam a minar a disposição e a motivação dessas profissionais, mesmo entre aquelas mais interessadas.

A escassez de conhecimentos sobre a SAE pode ser constatada, sobretudo, nos registros de admissão e evolução no que se relaciona à semiologia e semiotécnica. Muitas dessas ou desses enfermeira(o)s revelaram ou ter dificuldades ou não saberem realizar exame físico de forma correta e eficaz para dar um salto de qualidade nos seus registros de Exame físico e Avaliação do paciente.

De outro lado, aumentaram as pressões pela implantação da SAE, devido às exigências legais do sistema COFEN/COREN, que vêm pressionando, através de regulamentação específica, prazos para que todas as instituições de saúde implementem a SAE nos seus serviços. Desse modo, as profissionais vêm-se obrigadas a entender e aprofundar seus conhecimentos sobre o assunto, acompanharem a evolução dos serviços e estarem atentas aos acompanhamentos, observando, sobretudo, a competição dos concorrentes de outras instituições. Deve ser registrado, também que vivemos em um mundo com escassez de trabalho, onde contingencialmente existe muita gente graduando-se em cursos de qualidade duvidosa, graças ao aumento indiscriminado de cursos de enfermagem no País. Tais egressos vão se especializando, indo em busca da adequação ao mercado de trabalho cada vez mais competitivo na área pública e privada.

Também, Cianciarullo et al. (2001) apontam, dentre os fatores que dificultam a implementação da SAE, além da resistência a mudanças, fundamentação científica

insuficiente para fazer a prescrição de enfermagem e a dissociação entre a teoria e a prática do processo de enfermagem.

Cruz et al. (1987), relatam que a utilização da SAE possibilita à enfermeira(o) desempenhar seu papel com responsabilidade no planejamento da sua assistência. Para que isso aconteça, é necessário que ela possua fundamento científico para que suas ações deixem de ser aplicadas de forma empírica e intuitiva.

Santos e Ramos (1998) citam, como um caminho para a apropriação do conhecimento necessário a(o)s enfermeira(o)s, sua relação com a universidade, com a pesquisa e com o treinamento em serviço, pois o despreparo das enfermeira(o)s deve-se à falta de conhecimento específico, à necessidade de maior qualificação, falta de treinamento, dicotomia entre a teoria e a prática entre outros.

Chama-se atenção que todos os cuidados de enfermagem têm sido fundamentados nos princípios científicos conhecidos no modelo biomédico. Isso significa que se faz necessário o domínio e a atualização constante não só das dimensões biológicas sociais mas, também, humanísticas, dando-se relevo na formação não só aos aspectos da Fisiopatologia, Anatomia, como também a Sociologia e a Antropologia, dentre outras ciências que servem para embasar as ações relacionadas às necessidades e desequilíbrios do cliente no seu ambiente. A SAE presta-se a essa prática, que tornará nossas ações profissionais permeadas de qualidades humanas, em sua essência.

Iyer et al. (1993) referem que, é com a utilização do processo de enfermagem que se aperfeiçoa o profissional, desencadeando satisfação, estimulando a inovação e a criatividade, na procura de solução para os problemas de cuidados de enfermagem ao ser humano em desarmonia.

Nesse sentido, é possível depreender que ainda falta às enfermeira(o)s a **INTERAÇÃO SOCIAL** e a unificação dos sentidos na busca de uma significação simbólica suficientes para

determinar uma mudança na AÇÃO. Os dados indicam que, individualmente e em grupo, ainda não foram capazes de reconhecer que seu SELF não significou simbolicamente a importância e a necessidade de conhecimentos específicos para melhorar suas ações profissionais com a SAE.

Falta-lhes então a convivência conjunta necessária e com um corpo de conhecimentos técnico-científicos específicos, que lhes permitam conhecer e desenvolver melhores alternativas para a solução de problemas, de modo a se obter melhores resultados com a SAE.

Assim sendo, poderão, até mesmo, diminuir a resistência, às pré-concepções e mitos sobre a utilização do método, ao mesmo tempo em que irá aumentar seu conhecimento sobre o assunto, de modo a encontrar alternativas administrativas para minimizar o sofrimento dessas profissionais na implantação do programa, contemplando o cuidado humano essencial como pano de fundo e tornando sua implementação fácil de ser executada, menos complexa e, até mesmo, prazerosa.

4.1.2. SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AO SELF E À INTERAÇÃO SOCIAL

Destacam-se como tema central dos significados simbólicos atribuídos ao self e à interação social, nas atividades individuais e grupais, as seguintes categorias: C. ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO; D. A MOTIVAÇÃO DA CHEFIA DE ENFERMAGEM E A SAE COMO DIRECIONADOR DO TRABALHO DA(O) ENFERMEIRA(O).

Vale ressaltar que, à medida que os temas foram identificados e agrupados em categorias, foram surgindo algumas variáveis, elencadas pelo grupo, como intervenientes ao seu trabalho. Dentre elas destaco as DIFICULDADES DE IMPLEMENTAÇÃO PELA FALTA DE TEMPO, analisadas, neste capítulo, como subcategoria pelo seu significado no

processo de implantação, revelado nos depoimentos da(o)s enfermeira(o)s entrevistada(o)s.

Outros temas de significado relativo apareceram na análise dos depoimentos e foram incorporados ao longo do texto. Nesse conjunto, considere relevante a incorporação de temas como: a multiplicidade de impressos; número insuficiente de funcionários e a sobrecarga de trabalho da(o) enfermeira(o) e, por fim, a necessidade de treinamento em serviço e a avaliação do processo.

C. OS SIGNIFICADOS DO ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AO CLIENTE

A individualização do atendimento pode ser observada pelos depoimentos, como um ponto positivo da SAE. Isso, é de grande relevância, visto que possibilita melhor assistência no momento em que os cuidados são direcionados ao cliente, permitindo à enfermeira(o) identificar seus problemas, tomar medidas, humanizar e realizar ações voltadas para solucioná-los, atendendo, assim, suas necessidades afetadas.

Nos depoimentos que se seguem encontram-se as evidências desses fatos:

Acho fundamental a SAE porque você ... É, É ... como eu diria? Direciona sua assistência, dá para você dar uma direcionada melhor na assistência de enfermagem. (Enf.01)

... a SAE direciona o cuidado, você consegue ver o cliente como um todo... (Enf.08)

... colocando suas prioridades, ou seja, as prioridades dos seus clientes ,e conseqüentemente, ela consegue dar uma boa assistência ao cliente. (Enf.09)

... valorização da assistência prestada ao cliente através da individualização do cuidado de enfermagem, na qual identificamos as necessidades e prioridades para cada cliente em questão. (Enf.10)

... vê o cliente como um todo desde o diagnóstico médico ao nosso diagnóstico, acompanhar mais os exames laboratoriais, acompanhar mais as alterações que os clientes venham a ter... (Enf.03)

...podemos conhecer melhor o cliente, criando uma relação de segurança cliente e enfermeira(o), proporcionando mais conforto tanto físico quanto emocional... (Enf.04)

Uma preocupação constante no discurso das entrevistadas foi aquela preocupação com as necessidades reais de atendimento. Uma assistência de qualidade também implica na direção correta e na tomada de decisão, que determina as prioridades na sua atenção. Nesse sentido, o uso de uma metodologia encarrega-se de dar a condução adequada para esses passos no processo de cuidar.

Daniel (1981) ressalta que a utilização de um método científico na realização do planejamento da assistência de enfermagem tem como objetivo proporcionar à enfermeira(o) o conhecimento das reais necessidades do cliente, podendo ajudá-la a planejar e executar o plano de cuidados.

Observa-se a relevância que a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) proporciona em relação ao ato de cuidar em enfermagem na atenção ao cliente enfermo. Como ressaltam Iyer et al (1993), esta, ao ser implementada, satisfaz às necessidades individualizadas do cliente, da família e da comunidade, e proporcionando cuidados de qualidade e centralizados no cliente.

Para Potter e Perry (1999), a SAE é uma metodologia, que identifica as necessidades de cuidados de saúde do cliente, pois determina, estabelece prioridades, metas e resultados esperados, além de proporcionar intervenções de enfermagem individualizadas a fim de atender suas necessidades afetadas, avaliar a eficácia dos cuidados prestados de modo a alcançar os resultados e as metas estabelecidas para e com o cliente.

Cruz et al (1987) revelam, também, que a utilização da SAE possibilita à enfermeira(o) desempenhar o seu papel com responsabilidade no planejamento da assistência. Para que isso aconteça, é necessário que se tenha fundamento científico, de tal modo que suas ações deixem de ser realizadas empírica e intuitivamente.

A individualização do cuidado a ser prestado ao cliente possibilitará maior integração da(o) enfermeira(o) com o cliente, bem como com a equipe multidisciplinar, na medida em que estabelece maior interação, minimizando ou resolvendo os problemas de saúde dos clientes. Desse modo, com a identificação real dos problemas e das necessidades básicas afetadas, serão traçadas ações direcionadas tanto para solucionar como para restaurar, promover e manter a saúde.

Iyer et al (1993) afirmam que o processo de enfermagem assegura a individualização do cuidado ao cliente, devido a característica de ser interativo e por ocorrer relação recíproca entre a(o) enfermeira(o) e o cliente, estendendo-se a sua família e aos outros profissionais de saúde.

Potter e Perry (1999) ressaltam que, por ser o processo de enfermagem dinâmico e contínuo, proporciona um roteiro para o raciocínio crítico, levando a(o) enfermeira(o) à individualização dos cuidados de uma forma racional e precisa, a fim de melhorar ou manter o nível de saúde do cliente.

Dessa maneira, pode-se depreender que para a(o) enfermeira(o) ser capaz de avaliar as reais necessidades do cliente, poder traçar um bom plano de cuidados e realizar uma boa assistência, faz-se necessário, que ela tenha conhecimento científico e técnico acurado a fim de identificar as necessidades e os problemas do cliente.

Assim, a(o) enfermeira(o) poderá realizar todas as etapas do processo de enfermagem, olhando o cliente como um todo, possuindo uma visão de assistência humanizada, holística, e deixando de priorizar tarefas essencialmente tecnicistas e burocráticas e minimizando a delegação de tarefas, que podem ser cumpridas pelos técnicos e auxiliares de enfermagem. Essa delegação parece estar ajudando a fragmentar, ainda mais, o cuidado que deveria ser peculiar da(o) enfermeira(o).

Na instituição em estudo, foi possível notar que o cuidar/cuidado tornou-se mais

individualizado após a implementação da SAE. Eles passaram a ser mais direcionados, olhando o cliente como um todo, independente do diagnóstico médico ou de enfermagem, havendo prescrições de enfermagem eficazes e planejadas a partir da avaliação global do cliente.

A(o)s enfermeira(o)s passaram ainda a realizar exame físico bem detalhado, praticar as ações direcionadas para suprir as necessidades do cliente; e até a avaliar os exames laboratoriais e de diagnóstico por imagem. Nesse sentido, a enfermagem assumiu sua postura ativa, sendo reconhecida e elogiada pelos próprios clientes, familiares e médicos. Assim, a(o)s enfermeira(o)s ao mostrar seu potencial de conhecimento, passaram a se sentir mais valorizadas.

Virgilio e Nóbrega (2004) comentam que o cuidar individualizado dá sua contribuição para a continuidade da assistência de enfermagem, evitando possíveis omissões, duplicação de cuidados e a necessidade de o cliente repetir informações pessoais para cada profissional da equipe multidisciplinar. É possível observar isto, de forma rotineira, nos hospitais que ainda não têm implantado a SAE. Esses autores afirmam, também, que, com o planejamento redigido, a(o) enfermeira(o) é capaz de prestar assistência, incluindo as preferências individuais do cliente, levando em conta o foco de atenção para as áreas diagnosticadas.

Iyer et al (1993) asseveram que a enfermagem possui seu próprio corpo de conhecimentos, baseado em teoria científica. Este, tem seu foco principal no bem-estar do cliente e na sua saúde, dando ênfase às questões relacionadas aos aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, o estado de saúde, além das condições médicas diagnosticadas.

Nesse sentido, é possível considerar que, na compreensão da(o)s enfermeira(o)s entrevistada(o)s, o cuidado pode ser intuitivo, baseado em experiências clínicas ou sistematizado, utilizando-se o método científico. Esse método, por sua vez, leva ao

desenvolvimento de raciocínio crítico e, assim, favorece a ampliação do conhecimento científico da profissão. Assim, proporciona o aperfeiçoamento e o melhor desempenho, fazendo com que a(o)s enfermeira(o)s respondam por suas ações, dando-lhes autonomia e satisfação profissional.

▪ DIFICULDADES DE IMPLEMENTAÇÃO PELA FALTA DE TEMPO.

Os simbolismos relacionados à falta de tempo expressos nas *dificuldades de implementação da SAE* apareceram como complicadores do seu processo de implantação uma vez que se relacionaram ao tempo despendido com o preenchimento de impressos. Assim, alegam-se a *multiplicidade de impressos*, que devem a ser preenchidos por um contingente escasso de funcionários.

Nesse sentido, assumem destaque o quantitativo de recursos humanos e materiais como um aspecto essencial para sua implantação, como podemos observar em alguns dos trechos dos depoimentos a seguir:

É... torna-se muito atropelado você preencher tantos impressos, né... dos seus clientes além de dar assistência às intercorrências dos outros clientes. (Enf.01)

... os impressos que têm que ser revistos, que muitas vezes dificultam o número de impressos e a enfermeira(o) fica muitas vezes presa a esses impressos, não direcionando a assistência de enfermagem. (Enf.09)

... o que dificulta bastante é quando você não faz uma adequação dos impressos da SAE. Impressos cheios, impressos que não são objetivos, impressos que deixam a desejar. Acaba atropelando o processo, dificultando, até por conta da demanda de tempo do profissional. (Enf.10)

... o que dificulta a implementação do processo é a complexidade dele porque requer muitas enfermeira(o)s. (Enf.06)

... não acho fácil aplicar o processo de enfermagem porque [...] a multiplicidade de impressos. (Enf.07)

Existem algumas dificuldades na implementação do processo [...] primeiro acho

o número de enfermeira(o)s insuficientes.(Enf.04)

A falta de tempo, que muitos depoentes relacionaram nas suas falas é, de fato, um dos condicionantes mais presentes no discurso da enfermagem (LOPES, 2000; SANTOS e RAMOS 1998). Ela é uma das principais dificuldades indicadas também por Kurcgant (1991) para a implementação da SAE, devido ao grande número de clientes e ao acúmulo de funções burocráticas atribuídas à enfermeira(o).

Ainda, Thomaz e Guidardello (2002) afirmam que a falta de tempo é uma dificuldade apontada para a implementação das etapas da SAE e isso faz com que a enfermeira(o) não tenha motivação para realizá-la, passando a impressão de que não se faz necessária a sua implementação.

Para Ochoa-Vigo (2003) e SILVA (2002) a documentação, o registro no prontuário do cliente, é um tipo de comunicação escrita de suma importância, pois possibilita a troca de informações entre toda equipe multidisciplinar. Desse modo, o registro demonstra todo o trabalho executado pelo corpo de enfermagem, permitindo avaliar a eficiência e eficácia da assistência prestada. Assim, devem ser completos, objetivos, claros e concisos.

Guimarães et al. (2002) afirmam que a falta de tempo é um fator que compromete a SAE, pois, nem sempre, a(o) enfermeira(o) dispõe dele para rever o plano de cuidado. Isso, determina a cópia ou repetição do plano do dia anterior, o que não é raro de acontecer.

Nesse sentido, Oliveira (2004) cita como exemplo a prescrição de sondagem vesical em um cliente que já estava com eliminação espontânea, o que pode provar que a(o) enfermeira(o) não teve tempo de ver o cliente ou não se programou para isso, perguntou a alguém ou, até mesmo, copiou essa informação de outra fonte.

É comum, a maioria das profissionais utilizarem-se do argumento da falta de um tempo definido para a documentação, como desculpa para a não realização dos registros. Essa é uma etapa que exige que a(o) enfermeira(o) pare de realizar coisas e se prepare para

desenvolver um outro movimento de pensar, analisar criticamente para, então, prescrever a partir do que percebeu, tendo como instrumento básico a observação, a avaliação, a crítica e o conhecimento científico. É possível que não seja do agrado da maioria das profissionais, o que parece ser o movimento mais difícil, sobretudo, considerando que, até há bem pouco tempo, vínhamos sendo preparadas, academicamente, para adquirir competência através da técnica e da gerência.

Nesse sentido, não há um consenso sobre a importância e essencialidade dos registros, ao contrário, a consciência sobre sua importância só começou a tomar vulto, de modo gradativo, após a segunda guerra, com a introdução das Comissões Institucionais de Controle da Qualidade, com a realização das auditorias pelos seguros saúde e, mais recentemente, pelo movimento de Acreditação Hospitalar.

Segundo Chaplin et al. (1996), isso acontece pelo fato de a(o)s enfermeira(o) não terem consciência de que a documentação das atividades de enfermagem constitui um pré-requisito para um cuidado de qualidade, sendo necessário que, o registro das informações apresente-se de forma organizada e pautada em uma metodologia.

É possível, também, que as queixas relativas à falta de tempo sejam devido ao fato de que no papel de organizadora das ações multiprofissionais dos cuidados e da clínica e sem um acordo consistente sobre o foco da nossa ciência, estejamos vivendo momentos difíceis, tentando dar conta da emaranhada e complexa engrenagem do sistema de atenção à saúde na área hospitalar. Desse modo, temos aceito, taticamente, um exercício profissional que tem por base um saber que não é nosso, que nos exige o domínio de um corpo de conhecimento complexo, como o da clínica. Esse saber não tem dado conta de resolver todas as dimensões objetivas e subjetivas dos desequilíbrios e das doenças na nossa clientela.

Assim, ocorre uma sobrecarga de ações para a(o) enfermeira(o), que incorpora a gerência do cuidado, tendo ainda que ser a responsável efetiva pelos resultados das suas ações

e a de outros profissionais. Nessa direção, para não haver solução de continuidade no processo de atendimento o profissional de enfermagem tem incorporado e se desviado das ações profissionais específicas com o cuidar/cuidado, dirigindo seu foco de ação para outros campos e desperdiçando uma energia que poderia muito bem ser despendida com a construção de um corpo de conhecimento próprio, que nos ajudasse a sustentar as bases científicas e legitimasse a autonomia da profissão como sugeria (CRUZ , 1996).

Retomando às falas anteriores, é possível observar que o motivo significado pela(o)s enfermeira(o)s entrevistadas sobre a SAE foi baseado na preocupação da inexistência de um instrumento simplificado, de fácil operacionalização e que sirva de subsídio para prover e manter a qualidade da assistência a ser prestada ao cliente.

Tais depoimentos refere-se à existência de muitos impressos, que precisam ser preenchidos, havendo pouco tempo para realizar mais essa atividade, dentre tantas outras tarefas a serem cumpridas, pois existem inúmeras ações de cuidar a serem implantadas, muitos clientes para receberem assistência da(o) enfermeira(o) e poucos profissionais para suprir essas demandas.

Nesse contexto, muita(o)s enfermeira(o)s referem que o processo é muito complexo, por ser muito extenso, requerendo muito tempo para realizar todas as suas etapas. Não é pouco comum ser observado, na prática, a(o) enfermeira(o) perguntando sobre o cliente a outros profissionais sem ir avaliá-lo no leito, alegando ser perda de tempo e, mesmo assim, ela preenche os impressos, com informações alheias e se utiliza delas para implementar a SAE.

Dessa maneira, podemos concluir que a diversidade de papéis da(o) enfermeira(o) e das inúmeras tarefas burocráticas em que vivem mergulhadas vai determinar um grupo de significados simbólicos sobre a complexidade da aplicação do método SAE. Isso, pode estar determinando que a assistência de enfermagem, na forma científica e holística, mantenha-se,

cada vez mais, no papel, tendo em vista a falta de tempo da(o) enfermeira(o) e a sua disposição para desmistificar a complexidade dessa ação, priorizando o cuidado como referencial da sua prática. Assim, desenvolvendo seus conhecimentos, seu saber específico, ficará cada vez mais próxima do seu real papel em direção ao cuidar. É quando a SAE pode fazer diferença, visto que, segundo Mendes e Bastos (2003), ela fortalece a profissão, promove a excelência e a eficácia do cuidado e, também, a concretização dos ideais de ser enfermeira(o).

Na instituição em estudo, foi possível constatar que são proporcionados à equipe todos os recursos materiais imprescindíveis para a realização da SAE. Existe, efetivamente, uma multiplicidade de impressos, porém necessários para a realização de forma segura, objetiva e completa de todas as etapas da SAE. Espera-se novas mudanças nesses impressos e até nas etapas de implementação do processo, o que ainda poderá torná-los concisos. Apesar das queixas expressas nos depoimentos anteriores, os impressos já foram revisados, e são realizadas periodicamente avaliações e retificações, a fim de facilitar o seu preenchimento. Eles foram se transformando em instrumentos de fácil visualização e preenchimento, o que facilitou muito a etapa inicial de implantação da SAE.

Por outro lado, com o planejamento e a distribuição adequada dos encargos e atividades da(o)s enfermeira(o)s, surgirá, com certeza, o tão reclamado tempo para preencher os referidos impressos. Pelo que se apresenta, o componente simbólico expresso pela rejeição da SAE, atribuída ao tempo nos depoimentos faz-se muito presente e pode estar definindo a incorporação e a atribuição de valores positivos ao andamento desse processo, no serviço. É uma motivação que precisa ser trabalhada a partir do imaginário das enfermeira(o)s envolvidas. Sendo um elemento de valor substancial, por que ajudará na mudança de comportamento e no reconhecimento dessa prática como determinante do processo de qualificação do serviço.

Muitas das profissionais do estudo, mesmo a despeito de reconhecer seu valor e importância para na prática científica e organizada, ainda não têm investido o suficiente na determinação de realizar uma assistência desse tipo, preferindo, na maioria das vezes, trabalhar sem nenhum planejamento, assumindo inevitavelmente uma prática essencialmente técnica e *tarefaira*, uma constatação que não revela nada de novo na nossa prática secular.

A carência de enfermeira(o)s, na realidade hospitalar brasileira, por outro lado, é uma condição já evidenciada por vários autores, como Kurcgant (1991), Oliveira (2004), dentre outros, que destacam isso, como um aspecto dificultador na implementação da SAE. Porém, com a utilização do programa *Primary Nurse*, no qual cada enfermeira(o) de referência fica responsável por um número reduzido de clientes, não haja seja mais motivo para a falta de tempo, conforme foi apontado pelos depoentes para a execução da SAE nas Unidades de Internações do Hospital investigado.

Nesse sentido, apesar das dificuldades encontradas, nos depoimentos de um número reduzido de enfermeira(o)s, com a aplicação do método e preenchimento dos impressos, deixam de ser “impossíveis” quando se encontra disposição, envolvimento, dedicação, colaboração e motivação para realizar uma assistência com qualidade.

O destaque para os simbolismos atribuídos ao apoio da gerencia na SAE estão analisados a seguir e apresentam a preocupação com a motivação, uma noção essencial e, ao mesmo tempo, a categoria presente .

D. MOTIVAÇÃO COMO INSTRUMENTO DA INTERAÇÃO UTILIZADA PELA GERÊNCIA NA IMPLANTAÇÃO /IMPLEMENTAÇÃO DA SAE

A motivação foi o componente diferencial do Serviço, segundo as falas das entrevistadas, sendo expressada pelas mais variadas formas de promoção profissional e do

serviço de enfermagem na instituição investigada.

Cianciarullo et al. (2001) citam algumas condições essenciais para a implementação com sucesso do processo de enfermagem em uma instituição de saúde, dentre elas destacam: a participação da chefia de enfermagem; a quantidade e a qualidade dos recursos humanos; a padronização de normas e rotinas; o treinamento das enfermeira(o)s e a manutenção de um trabalho que permita o aperfeiçoamento da qualidade da enfermagem.

É possível observar, nos depoimentos das entrevistadas, que a gerência e as chefias de enfermagem do hospital têm motivado os funcionários, promovendo cursos na forma de treinamentos, bem como pela realização de avaliações constantes do processo, formalizando seu compromisso com a qualidade.

... o hospital vem se empenhando muito com o intuito de implementar o mais rápido possível, né! Terminar de implementar o programa. Então eles promovem treinamentos contínuos com a equipe, promove orientação, tem uma equipe que orienta a gente elaborar os diagnósticos e tem avaliação periódica do nosso acompanhamento com os clientes. O que facilita a implementação aqui no hospital é uma chefia de enfermagem que ajuda, né ... que está querendo implementar o processo de enfermagem, vontade de algumas enfermeira(o)s que estão ajudando, que querem que o processo, realmente, desenvolva... (Enf.03)

Foi implementado de maneira tranqüila com muito treinamento dos profissionais. (Enf.04)

É necessário que haja um treinamento, é necessário que o profissional tenha um conhecimento técnico e científico e que se aprofunde dentro da sistematização para que ela realmente aconteça com toda a efetividade. (Enf.10)

... o que facilitou a implementação do processo, além do interesse pessoal, foi o incentivo da nossa chefia, da nossa coordenação que também foi muito importante... (Enf.05)

... as facilidades para a implementação foram a auditoria prévia e posterior feita pela diretoria de enfermagem e gerencia de enfermagem que ajuda muito a gente a ver a nossas falhas e os nossos acertos. Essa assistência por parte da gerência foi muito importante para isso. Facilitou bastante. (Enf.09)

A preocupação com o treinamento dos recursos humanos e o envolvimento da direção de enfermagem do Serviço ficou patente nos depoimentos e expressam os investimentos dos

gestores com a qualificação do pessoal para a implementação da SAE.

Santos e Ramos (1998) afirmam que existem alguns fatores que dificultam a implementação da SAE, tais como: o despreparo do pessoal, que pode ser caracterizado pela falta de conhecimento específico (técnico e científico), apresentando a necessidade de maior qualificação; dicotomia entre teórica e prática e falta de treinamento. Abordam, também, como fator que dificulta, a falta de vontade das chefias para implementar a SAE.

Registramos que o hospital em estudo possui infra-estrutura necessária para a implementação eficaz da SAE, não deixando de dar destaque, também, para os treinamentos em serviço, os quais a diretoria promove e favorece a sua implementação, no momento em que a(o) enfermeira(o) passa a reunir-se com sua equipe de trabalho, ao ensinar, ouvir e, até mesmo, realizar avaliações, identificando dúvidas e acrescentando novos conhecimentos. Assim, a direção, sempre que pode, tem incentivado a equipe na busca do querer aprender mais, do novo e do sucesso.

Dessa forma, palavras de ordem como ousadia e arrojo passam a ser tão significativas para a prática dos serviços quanto o conhecimento tecnológico e a habilidade para cuidar, em áreas especializadas.

Carraro (2001) ressalta que, praticar a enfermagem como uma proposta metodológica, requer conhecimento, habilidade e apoio, mas, acima de tudo, ousadia, vontade para mudar e ousadia para mudar, sem temor.

Santos e Ramos (1998) revelam que o conhecimento e o interesse são fatores intervenientes na implementação de uma metodologia assistencial, pois eles estão relacionados com a motivação de cada indivíduo. Essa motivação deve ser incentivada pelo ambiente motivacional, onde a teoria necessita interagir com os campos de prática.

Kurcgant et al. (1991) referem que o oferecimento regular, pelas instituições, de cursos para melhoria do desempenho é muito importante para desenvolver a eficiência, a

melhoria da assistência de enfermagem e a satisfação no ambiente de trabalho.

Para Bergamini (1990), a motivação não depende apenas de fatores externos mas, principalmente, da predisposição interna, intrínseca de cada indivíduo. Segundo Daniel (1981), a SAE requer da(o) enfermeira(o) interesse em conhecer o cliente como indivíduo, utilizando para tanto seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem, com vistas a implementação de ações sistematizadas.

As chefias devem, portanto, continuar mobilizando a sua equipe, de modo que as pessoas vejam com interesse a utilização e manutenção da metodologia na prática do cotidiano para a qualidade do serviço.

Thomaz e Guidardello (2002) acreditam que, para o sucesso da SAE, deve existir uma parceria entre a educação continuada e a(o)s enfermeira(o)s responsáveis, que disponham de referenciais teóricos e objetivos assistenciais e avaliem, constantemente, essa práxis.

Como podemos constatar, a partir dos depoimentos do grupo investigado, uma chefia determinada, com motivação transmitida aos funcionários e que promova maior qualificação e orientação, contribuíram de forma determinante para que haja sucesso na implantação da sistematização no hospital. Nesse sentido, conclui-se pela existência de uma necessidade real de treinamentos específicos para todas as equipes envolvidas no tratamento da clientela e que a Educação em Serviço responda a essa necessidade, visto que o cliente é um ser total, com intercorrências físicas e psíquicas e depende de pessoal qualificado, com conhecimentos específicos para uma abordagem adequada em todas as suas ações. Assim funciona a instituição do presente estudo, sempre em busca de implementar a SAE da melhor forma possível considerando a eficiência e eficácia, tendo por meta a excelência do atendimento no intuito de minimizar cliente, minimizando o seu sofrimento.

E . OS SIGNIFICADOS SOBRE A SAE COMO DIRECIONADOR DO TRABALHO DA(O) ENFERMEIRA(O)

A necessidade de direção e ordem no serviço surgiu como categoria singular neste estudo. O método SAE aparece contribuindo e determinando as bases e ou direção para ações administrativas do processo de cuidar. Esse fato já foi revelado por Barros (1998), que definiu a SAE como marco da prática da enfermagem, por oferecer uma estrutura que proporciona ordenamento e direcionamento do trabalho.

Nesse sentido, o processo de enfermagem é a única forma de atuação do profissional de enfermagem de maneira organizada e científica (WALDOW, 1998). Assim, o Processo de Enfermagem constitui-se de uma metodologia, que auxilia os profissionais de enfermagem tomar decisões, dar ordenamento e direcionamento à assistência prestada, bem como prevê e avalia as conseqüências e a qualidade dos cuidados. Assim, pode ser observado nos depoimentos a seguir, a importância da SAE como direcionador/facilitador do trabalho da(o) enfermeira(o):

Acho que a sistematização veio para ajudar o trabalho da enfermeira... ela só vem ajudar o nosso dia a dia no trabalho, na organização do nosso trabalho... (Enf.02).

Acho a SAE fundamental porque você... como eu diria? Direciona a sua assistência. Dá para você dar uma direcionada melhor na sua assistência de enfermagem. (Enf.01)

É uma forma de organizar o trabalho, ela sistematiza literalmente!” (Enf.07)

... a SAE direciona o cuidado... (Enf.08)

... se a enfermeira(o) consegue se organizar e sistematizar a assistência, ela consegue dar uma boa assistência... (Enf.09)

... hoje você consegue direcionar a sua assistência maior para aqueles que são delegados... (Enf.01)

... você atua de uma maneira mais organizada, com isso você ganha mais tempo e o processo flui e a gente presta uma melhor assistência de enfermagem... (Enf.05)

Podemos concluir, a partir dessas falas, que a SAE possibilita a aplicação do

conhecimento técnico e científico da(o) enfermeira(o), ordenando e direcionando suas ações de cuidar de forma individualizada, personalizada e humanizada, proporcionando maior qualidade para o cliente.

Para Barros (1998), o Processo de Enfermagem é o marco da prática de enfermagem por oferecer uma estrutura que proporciona ordenamento, direcionamento e planejamento do trabalho da(o)s enfermeira(o)s. O Processo de Enfermagem vem se mostrando o instrumento essencial do processo de cuidado. De fato, o processo de enfermagem tem possibilitado uma organização do cuidado prestado, possibilitando à identificação dos diagnósticos de enfermagem, facilitando, a prescrição dos cuidados a serem administrados, bem como a priorização destes.

Carraro (2001, p.20) afirma que a aplicação do processo de enfermagem deve...

proporcionar as evidências necessárias para embasar as suas 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 de ações, fato que contribui para a sua continuidade e visibilidade. É importante ter clareza de que cada integrante da equipe de enfermagem participa do processo assistencial, desempenhando seu papel específico e importante para o desenvolvimento da assistência como um todo.

O que se pode entender dessas colocações é que a implementação da SAE assume um contexto instrumental na profissão, visto que ela é a organizadora da nossa prática, porque dá direção, organização e prioridade às ações cuidativas, configurando-se como espaço profissional definitivo.

Para Barros (1998), a SAE tem sido muito discutida como uma forma estratégica, para que a assistência torne-se mais eficaz, podendo, assim, ampliar e definir melhor os espaços e a autonomia da enfermagem. Nessa perspectiva, a(o) enfermeira(o) poderá definir seu papel e responsabilidade profissional, contribuindo para a implementação de uma assistência independente, que tenha por fundamento a humanização e a qualidade de suas ações.

A partir dos resultados do estudo, foi possível destacar a importância da SAE, tendo como base um modelo teórico para direcionar e facilitar o trabalho da(o) enfermeira(o) e a

necessidade de reflexão dos profissionais de enfermagem quanto à importância da sua aplicação como instrumento metodológico e sistemático na melhoria dos padrões de assistência oferecida. Nesse contexto, acredita-se que a decisão de adotar ou não a SAE no processo do cuidar não se situa apenas no enfrentamento de fatores externos organizacionais ou administrativos, que facilitem ou dificultem a sua implementação mas, no significado que esse processo tem para o grupo profissional e para a instituição.

Nesse sentido, no hospital investigado, a utilização da SAE é concebida como instrumento norteador do trabalho da(o) enfermeira(o) que, associado à utilização do modelo *Primary Nurse*, permite a organização e o planejamento das ações, garantindo autonomia, valorização profissional e responsabilidade da(o) enfermeira(o) na obtenção de uma assistência de excelência. Esses condicionantes vêm contribuindo no aspecto macro da instituição, para a credibilidade e visibilidade do serviço, oferecendo à enfermeira(o) a oportunidade única de assumir, de modo exclusivo, o planejamento das ações e dos cuidados ao cliente.

Segundo Silva, Takito e Barbieri (1990), as atividades administrativas, assistenciais e de ensino da(o) enfermeira(o) podem ser realizadas com excelência quando o planejamento das ações for elaborado com o foco de atenção, direcionado ao atendimento das reais necessidades do cliente, o que pode determinar melhor organização do trabalho da(o) enfermeira(o).

A discussão sobre a direção do cuidado, pelo que podemos depreender da análise, revela que a SAE assume uma conotação simbólica de um instrumental para a profissão, visto que ela compõe, no imaginário das entrevistadas, um sentido organizador/ direcionador da nossa prática, quando ajuda na determinação de um espaço definitivo para a profissão, com prioridades voltadas às ações cuidativas.

Assim, prevalece a compreensão por parte das profissionais envolvidas e da direção do

Serviço, da contribuição que essa estratégia pode oferecer, não só para a assistência prestada, mas, pela sua repercussão e retorno para a Instituição, tendo em vista que o resultado esperado é a prestação de cuidado humanizado e qualificado, para o cliente; seguro e autônomo para a equipe de enfermagem.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro dos limites deste estudo foi possível considerar, vislumbrando de modo linear os depoimentos de enfermeira(o)s sobre a SAE, que ela possibilita a identificação das intervenções de enfermagem de forma individualizadas conforme a necessidade de assistência para o cliente. Pode-se perceber, nos dias atuais, diversas mudanças significativas na prestação das ações de enfermagem, sobretudo, no que diz respeito à forma de assistir destas profissionais. A(O) enfermeira(o) está deixando de atuar apenas no pronto atendimento às ordens médicas para estabelecer sua própria autonomia científica, apoiando-se no histórico, diagnóstico, planejamento da assistência e na prescrição dos cuidados ao cliente.

A pesquisa revelou também, que a instituição escolhida para o estudo constitui-se em uma organização de referência da cidade do Salvador. É portadora de uma estrutura organizacional bem montada e desenvolvida com todo primor, valorizando ciência, a tecnologia e a pesquisa, oferecendo subsídios e apoio necessários à realização de projetos. Nesse local, ainda, foram realizados encontros e estudos para a escolha das estratégias a serem adotadas, a fim de se obter o sucesso dessa missão. Dúvidas e incertezas em relação à operacionalização da SAE foram compartilhadas e questionadas em diversos momentos, porém houve concordância a respeito da sua relevância no aprimoramento e na qualidade da assistência desenvolvida pela equipe de enfermagem; para o cuidado humanizado e qualificado, prestado ao cliente; a segurança e a autonomia conseguidas para a equipe de enfermagem, bem como pela repercussão e retorno para a instituição.

A SAE vem sendo desenvolvida pela(o)s enfermeira(o)s como um importante instrumento norteador da assistência. Ao longo dos anos, é inegável o sucesso e a eficácia desse modelo assistencial, que tem a qualidade como elemento imprescindível. No entanto, a(o)s enfermeira(o)s revelaram as dificuldades que encontram para o desenvolvimento desse

modelo e a necessidade de mudanças para otimizar o seu trabalho e a qualidade de ações cuidativas e educativas.

Apesar dos entraves e incertezas, que acompanharam e continuarão acompanhando o processo de implementação da SAE, percebi a preocupação constante da(o)s enfermeira(o)s em fundamentar, com o referencial teórico, a experiência vivida no seu cotidiano, contribuindo, assim, para a continuação do conhecimento na enfermagem e para o serviço a que estão vinculadas.

Também, foi possível constatar que ainda predomina, no imaginário do grupo significados simbólicos sobre o tempo e as condições laboriosas desse método, que se traduzem por uma cultura equivocada de que a SAE continua sendo trabalhosa e dispendiosa no que se refere ao tempo. Mesmo que isso seja verdade o tempo investido nessa relação é que ajuda a realização do cuidado mais humanizado.

A análise dos simbolismos expressos na linguagem da(o)s enfermeira(o)s teve, também, como referência principal os simbolismos sobre a organização do trabalho. Esses foram determinados pela percepção da SAE, de que existe a necessidade de se refletir sobre o assunto desde a formação acadêmica até a sua utilização na assistência. A instituição reconhece o método como instrumento essencial de produção qualificada do serviço de enfermagem. Nesse sentido, a trajetória descrita sobre o serviço em estudo poderá subsidiar outras instituições na implementação da SAE, além de contribuir para o ensino de graduação e pós-graduação.

O processo de implementação, que continua sendo construído nesse hospital, ainda se configura como um desafio a ser vencido pela(o)s enfermeira(o)s e pelos demais profissionais da equipe de enfermagem e da equipe multidisciplinar.

Considero relevante ressaltar que, a preocupação e o envolvimento da chefia de enfermagem, desde o início do processo, determinaram as condições para a capacitação

técnico-científica da(o)s enfermeira(o)s, valorizando o potencial intelectual e criativo, criando espaços para que pudessem participar ativamente, propiciando fundamentos sólidos para que essa experiência fosse bem sucedida.

O instrumento metodológico que é aplicado na instituição possibilita subsídios para a implementação da SAE e, com isso, gera economia significativa no tempo de registro das informações. Essa redução do tempo favorece à enfermeira(o) a administração da assistência direcionada mais no cliente e não apenas no trabalho burocrático.

A utilização do processo de enfermagem impede a omissão e repetições de informações, serve para orientar a(o) enfermeira(o), antes de iniciar a visita aos clientes para começar as etapas da SAE, além de favorecer a individualização dos cuidados, uma vez que cada pessoa responde de forma diferente aos estímulos do meio ou diante das situações de saúde às quais estão acometidas. As ações de enfermagem, então, devem ser adaptadas às particularidades de cada cliente. Não se deve esquecer que em relação ao cliente a SAE permite, por seu lado, uma boa comunicação por estar fundamentada na relação enfermeira(o) x cliente, ao tempo em que, através dessa interação, a enfermeira(o) intervém tratando os problemas e produzindo aumento da satisfação de ambos.

Os resultados obtidos neste estudo revelam, também, estímulo a preparação da(o)s enfermeira(o)s para atuarem com excelência junto ao cliente, oportunizando o desenvolvimento, entendimento e implementação das etapas da SAE.

Destacam-se alguns significados simbólicos da SAE entre os resultados das análises nos depoimentos da(o)s enfermeira(o)s entrevistada(o)s considerando:

- que o grupo significou a implementação da SAE como fator de elevação da qualidade da assistência de enfermagem. Entende que o objetivo da instituição visa à sistematização dos cuidados de enfermagem na busca de metas estabelecidas para a assistência ao cliente, tendo sido simbolizado pelas mesmas que a utilização da SAE assegura

e implementa a excelência de assistência á saúde. Esses fatos determinaram mudanças no serviço, no desempenho do pessoal e, acima de tudo, na interação de esforços em busca da melhoria do cuidado prestado, elevando-se o grau de satisfação do cliente, da família, comunidade e dos profissionais, quanto ao atendimento de suas necessidades e seus anseios;

- ainda, falta às enfermeira(o)s uma unidade dos sentidos, na busca de uma significação simbólica suficiente para determinar uma mudança na AÇÃO da(o)s enfermeira(o)s com as práticas instituídas com a SAE. O SELF não significou, simbolicamente, a necessidade da ampliação de conhecimentos específicos para melhorar suas ações profissionais com a SAE. Ainda falta uma convivência maior com o corpo de conhecimento técnico-científico específico, para conhecer e desenvolver melhores alternativas para a solução de problemas, melhorando os resultados com a SAE e diminuindo as resistências, pré-concepções e mitos sobre à utilização do método;

- a direção do cuidado, através da SAE, assume uma conotação simbólica de um instrumental profissional, compondo, no SELF do grupo entrevistado, um sentido organizador/ direcionador da nossa prática, com determinação de um espaço definitivo para a profissão, com prioridades voltadas para as ações cuidativas.

- O significado da SAE, para a(o)s enfermeira(o)s, foi reconhecido como possibilidade de oferecer uma assistência planejada e o ápice do trabalho da enfermagem é ter um método de trabalho devidamente sistematizado. O Processo de Enfermagem é a esperança da(o) enfermeira(o) para assumir o seu verdadeiro papel e mostrar a sua competência.

É possível concluir desta análise que:

1) a implementação da SAE favorece uma assistência direcionada, individualizada e com qualidade e promovendo a assistência qualificada, supera-se as expectativas e eleva o grau de satisfação dos clientes;

2) a SAE permite um cuidar mais individualizado, humano, priorizando

identificar e tentando satisfazer as necessidades básicas afetadas dos clientes evitando possíveis omissões e duplicidade na condução dos cuidados.

3) enquanto metodologia de trabalho, a SAE vem permitindo diferenciar as ações de enfermagem do restante dos profissionais e, também, ajudando a concretizar a oferta de serviços de cuidados específicos de enfermagem à população.

4) a rejeição a SAE, atribuída ao tempo despendido com o método que pode estar justificado pela não incorporação e a atribuição de valores simbolicamente negativos na implantação da SAE no serviço.

5) a SAE vem dando direção profissional às ações cuidativas, quando assume uma conotação simbólica de instrumental para a profissão, pelo seu sentido organizador/direcionador da prática.

6) a motivação existente para a realização da SAE é um mérito das chefias, que, imbuídas da necessidade de maior qualificação e de treinamentos específicos para todas as equipes envolvidas no tratamento dessa clientela através da educação em serviço, vêm contribuindo, de forma determinante, para que se tenha sucesso na implantação da Sistematização no hospital.

Diante dos elementos aqui apresentados, sugiro ao serviço:

- realização de estudos de caso comparando a assistência prevista com o uso da SAE e uma discussão desse caso com a equipe para promover conhecimento, e entrosamento com o assunto;
- manter reuniões sobre a SAE, incentivando o aprofundamento dos conhecimentos específicos em cada uma das suas etapas, promovendo as discussões sobre as facilidades e dificuldades encontradas, conscientizando sempre a sua importância;
- investigar como os usuários percebem a qualidade dos cuidados através da SAE e os métodos de apoio implementados pelos serviços;

- revisar os impressos anualmente e sempre que for da conveniência do serviço, a fim de torná-los cada vez mais exequíveis e de fácil preenchimento;
- trabalhar de forma efetiva na motivação para desmistificar os simbolismos e reverter em ações positivas a questão do tempo e as condições laboriosas para o preenchimento dos impressos, presente no imaginário da(o)s enfermeira(o)s investigadas;

Acredito que a implementação da SAE, na nossa prática, promova o aperfeiçoamento da assistência prestada aos clientes, devido à promoção de cuidados planejados, científicos e menos intuitivos e ter como base uma reflexão crítica. Faz-se necessária a implementação de uma nova filosofia, apresentando uma visão holística, ecológica e espiritual, que valorize o indivíduo em seu contexto familiar, o que fará a(o)s enfermeira(o)s serem capazes de valorizar seus próprios sentimentos, história de vida, humanizando o cuidado prestado ao cliente, de modo que o processo de cura seja concretizado de forma segura e satisfatória para ambos, cliente e o cuidador.

Assim sendo, somos capazes de entender que a forma de cuidar deve ser diferenciada, tratando o cliente/ usuário do serviço como cidadão, respeitando suas diferenças sociais, seus valores, sua cultura, valorizando as ações prestadas individualmente.

6. REFERÊNCIAS

ALFARO – LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem um guia passo a passo**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 280p.

ARAÚJO, I. E. M. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de internação: desenvolvimento e implantação de roteiro direcionador, relato de experiência. São Paulo: **Acta Paul. Enf.** v.9, p.18 –25, 1996.

BAHIA. **DECISÃO COREN-BA/DIR/007/2000** Normatiza a Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde, no âmbito do Estado da Bahia. <http://corenba.com.br/resoluções/decisao0072000.htm> Acesso 06/08/2005.

BARROS, A . L. B. L. **O trabalho docente assistencial de enfermagem no Hospital São Paulo da UNIFESP/EPM**. 1998. 105f. Tese (Livre Docência). Universidade de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo.

BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. **Manual de diagnóstico de enfermagem**. 2.ed. Santa Catarina: Bernúncia, 2001. 209p.

BERGAMINI, C. W. **Motivação**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. CNS Resolução 196, 10 de outubro de 1996. Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc> . Acesso em 4 de Janeiro 2004.

BRASIL. COFEN. Resolução 272/2002 que dispõe sobre a S.A.E. de Agosto de 2002. Disponível em <http://www.portalcofen.com.br> Acesso em 5 de Agosto de 2003.

BOWERS, L. The significance of primary nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v.14, n.1, p.13-39, 1989.

CAMPEDELLI, M. C. et al. **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1989. 136p.

CARMONA, L. M. P.; LALUNA, M. C. M. C. “Primary nursing” : pressupostos e implicações na prática. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (on-line em formato pdf), v.4, n.1, p.12-17, 2002. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 8 ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

CARRARO, T.E. et al. **Metodologia para a assistência de enfermagem**: teorização, modelos e subsídios para a prática. Goiania: A.B., 2001.157p.

CHAPLIN, M. J. M.; GUIMARÃES, C.R.; SOARES, S.R.; SILVA, V.L. Refletindo o processo de enfermagem sob a ótica do cotidiano. **Rev. Enfermagem UERJ**, v.4, n.2, p.220-224, 1996.

CIANCIARULLO, T.I. et al. **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 1996.154 p.

CIANCIARULLO, T.I. O desenvolvimento do conhecimento na enfermagem: padrões de conhecimento e sua importancia para o cuidar. In _____; GUALDA, D.M.R.;

MELLEIRO, M.M.; ANABUKI, M.H. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**: evolução e tendências. São paulo: Ícone, 2001, cap.1, p. 15-28.

COLLIÉRE, M.F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeira(o)s Portugueses, 1989. 385p.

CRUZ, I. C. F. Diagnóstico e prescrições de enfermagem: recriando os instrumentos de trabalho. **Texto e Contexto Enf.** , v.4, p.160-169, 1995.

CRUZ, I.C.F.da. Contribuição do diagnóstico de enfermagem para a autonomia da enfermeira(o). SIMPOSIO SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM. 3. **Anais** ...Fortaleza: ABEn-CE, 1996. 11p.

CRUZ, D.A.L.; RIBEIRO, F.G.; DUTRA, V.O.; CARACCILO, L.T.; Sistematização da assistência de enfermagem em área de recuperação da saúde, **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, 21 (no. Especial): 68-76, jun. 1987.

DANIEL, L. F. **A enfermagem planejada**. 3.ed, rev. e ampliada. São Paulo: EPU, 1981.

DENZIN, N. Interpretive interactionism. In: MORGAN, G. **Beyond method**: strategies for social research. USA: SAGE, 1983.

DOENGES, M. E.; MOOHOUSE, M. F., GEISSLER, A. C. **Plano de cuidados de enfermagem**: orientação para o cuidado individualizado do cliente. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 970p. cap.2.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I de; COSTA, T.N.A.A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.31, n.2, p.219-26, ago. 1997.

EVANS, L. Primary Nursing – alternative approach for midwives. **Aust. Coll. Miswives Inc. J.**, v.11, n.1, p.7-10, 1998.

FELISBINO, J. E. **Processo de enfermagem na UTI**: uma proposta metodológica. São Paulo: E.P.U., 1994.

FRIENDLANDER, M.R. O processo de enfermagem ontem, hoje e amanhã. São Paulo: **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo: v.15, p. 129-134, 1981.

FUGULIN, F.M.T; ANDREONI, D; RAVAGLIO, L.M.M. Processo de Gestão da qualidade das ações cuidativas. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem**: evolução e tendências, São Paulo: Ícone, 2001, 303 p.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3 ed., São Paulo: Atlas, 1991.

GUIMARÃES, E. M. P.; SPAGONOL, C. A .; FERREIRA, E.; SALVIANO, M. E. Utilização do plano de cuidados como estratégia de sistematização da assistência de enfermagem. **Ciência e enfermagem**. 8 (2): 49-58, 2002.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociedade**. Petrópolis:Vozes,1992. 224p.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: E.P.U., 1979.

IYER, P.W.; TAPITCH, B.J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **O processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 325p.

JESUS, C. A . C. de, CARVALHO, E. C. de. “Diagnósticos de Enfermagem em Clientes com Alterações Hematológicas: Uso da Taxonomia I da NANDA”. **Rev . Latino-Am. De Enfermagem**. Ribeirão Preto: v.5, n.4, p.91-99, out.1997.

KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: E.P.U., 1991. 237p.

LAKATOS, M.A .; MARCONI, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de ..., 2.ed., São Paulo: Atlas, 1990.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Catarina: Pallotti, 2001.

LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro, Zahar, 1982.

LOPES, M.H.B. de M. Experiência de implantação do processo de enfermagem utilizando os diagnósticos de enfermagem (Taxionomia da NANDA), resultados esperados, intervenções e problemas colaborativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.8, n.3, p.115-118, jul. 2000.

LUIS, M. A . V. **Uma situação de trabalho conturbado da enfermeira(o)**: a identidade negada. (tese). Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeiro Preto/USP.

MAITTE, U. M.; THOFHERN, M. B.; MUNIZ, R. M. Opinião das enfermeira(o)s quanto à aplicabilidade do processo de enfermagem em uma unidade de tratamento intensivo. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.22, n.1, p. 101-21, Jan. 2001.

MANTHEY, M. **A prática de primary nursing (enfermeira(o) principal)**. Minneapolis: Creative Nursing Management, 1980.85p.

MANTHEY, M. Can primary nursing survive? **Am. Journal of Nurs.**, p.644-647, 1988.

MARX, L. C.; MORITA, L. C. **Competências gerenciais na enfermagem**: a prática do Sistema Primary Nursing como parâmetro qualitativo da assistência. São Paulo: BH Comunicação, 2000. 130p.

MENDES, M. A .; BASTOS, M. A . R. Processo de Enfermagem: seqüências no cuidar, fazem a diferença. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília (DF), v. 56, n.3, p. 271-276, maio/jun. 2003.

MENDONÇA, J. R.C. **Interacionismo simbólico**: uma sugestão metodológica para a pesquisa em administração Universidade Federal de Pernambuco/PROPAD/Observatório. 2003.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. IN: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 80p

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde, 5 ed., São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1998. 254p.

MINAYO, M. C. S., organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21 ed. Petrópolis: Vozes; 2002. **Ciência, técnica e arte**: o desafio da pesquisa social; cap.1, p. 2-29.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6 ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9.n.3, p.239-48, jul/set. 1993.

MIRANDA NETO. A. G. **Dicionário de ciências sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996. 350p. p.130.

OCHOA-VIGO, K.; PACE, A. E.; SANTOS, C.B. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. **Rev. Latino-AM. Enf.** 11(2): 184-191, 2003.

OLIVEIRA, S. F. D. Sistematizar é perder tempo? In: SILVA, M. J. P. (org). **Qual o tempo do cuidado?** São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2004. p. 77-87.

PAIM, L. Plano assistencial e prescrições de enfermagem. **Rev. Bras. Enf.**, São Paulo, v.29, n.1, p.14-22, 1988.

PEIXOTO, M. S. O. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em pronto socorro: relato de experiência. **Rev. Soc. Card.**, São Paulo, v.6, n.1, p.1-8.

PEREIRA, A. **O cotidiano profissional das enfermeira(o)s**: das aparências às diferenças de gênero. Florianópolis, 1999, 199p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Pós-graduação em Enfermagem da UFSC.

PIMENTA, C. A. M. et al. O ensino da avaliação do cliente: proposta de delineamento do conteúdo pelo diagnóstico de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.2, n.1, p.69-76, jul.1993.

POTTER, P. A. ; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**: conceitos, processos e prática. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.v.1.

ROSSI, L.A .; CASAGRANDE, L.D.R. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In CIANCIARULLO, T.I.; GUALDA, D.M.R.;

MELLEIRO, M.M.; ANABUKI, M.H. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências.** São Paulo: ícone, 2001, cap. 3, p. 41-62.

SANTOS, S. R.; Nóbrega, M. M. L. A busca da interação teoria e prática no sistema de informação em enfermagem - enfoque na teoria fundamentada nos dados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.12, n. 3, Maio/jun, 2004.

SANTOS, J.F.; RAMOS, T. A . G. Implementação da metodologia de assistência de enfermagem em UTI(s) como está e quais os fatores intervenientes. **Revista Baiana de Enfermagem.** Salvador, v.11, n.1, p.47-60, abr.1998.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio:** a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo, Loyola, 2002.

SILVA, S. H.; TAKITO, C.; BARBIERE, D. L. Implantação e desenvolvimento do processo de enfermagem no hospital-escola. **Rev. Esc. Enf. USP.** V.21, n.1, p. 93-99, abr. 1990.

THOMAZ, V. A .; GUIDARDELLO, E. B. Sistematização da assistência de Enfermagem: problemas identificados pelas enfermeira(o)s. **Nursing (São Paulo)**, 5(54): 28-34, 2002.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem.** 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação.** São Paulo: Editora Atlas, 1987, 175p.

VIRGINIO, N. A .; NÓBREGA, M.M.L. Sistematização da assistência de Enfermagem: revisão de literatura. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança,** João Pessoa, v.2, n.1, p.5-18, abril. 2004.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** 2 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto,1999. 202p.

WALDOW, V. R. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica? **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, v.19, n.1, p.20-32, jan.1998.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** 3 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

(instruções para preenchimento no verso)

I- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA E OU RESPONSÁVEL LEGAL

NOME DO ENTREVISTADO..... SEXO:
M(...) F(...)
DATA DE NASCIMENTO...../...../..... DOC. DE IDENTIDADE N.º.....
ORG. EXP..... EMISS...../...../ 199..
ENDEREÇO..... COMPLEM.
.....BAIRRO.....
CIDADE..... UF..... CEP.....-.....TEL.(.....)CEL.....E-
MAIL.....

II. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA,

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA.-

PESQUISADOR- Anna Karina Lomanto Rocha Silva

CARGO FUNÇÃO- Al una do Mestrado da EEUFBA.

AValiação DE RISCO DA PESQUISA - Sem risco

DURAÇÃO DA PESQUISA: 03meses

III. REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO ENTREVISTADO (OU SEU REPRESENTANTE LEGAL) SOBRE A PESQUISA, CONSIGNADO,

1. Justificativa e os objetivos da pesquisa,.

A idéia de realizar o presente estudo, que tem como objeto o significado da SAE para enfermeira(o)s, baseia-se no fato de que nas observações realizadas em minha vivência profissional percebo, trabalhando em um hospital de médio porte e privado da cidade do Salvador , que apesar de estar sendo propiciada toda infra-estrutura necessária à implementação desta metodologia, não identifico a incorporação dessa prática de modo satisfatório no processo do cuidar no cotidiano, nas unidades de internação dessa instituição.

O estudo tem a perspectiva de aprender o significado atribuído por enfermeira(o)s sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, descrevendo também a sua implementação no hospital em estudo.

A análise dos dados será realizada a partir das transcrições dos depoimentos gravados e das anotações efetuadas durante as entrevistas. Pretende-se identificar quando da confrontação dos discursos similaridades, que possam ser apreendidas e analisadas na busca de relações com os objetivos do estudo.

2. Procedimentos que são experimentais: Será realizado um estudo descritivo com abordagem qualitativa com a utilização de uma entrevista semi-estruturada.

3. Desconfortos e riscos esperados. Nenhum

4. Benefícios que poderão ser obtidos: A pesquisa contribuirá para uma proposta de implementação da SAE a fim de melhorar a sua otimização. Devido a sua relevância técnica e científica será divulgado para que enfermeira(o)s, estudantes de graduação e pós-graduação conheçam, entendam e incorporem a SAE como forma de tornar a enfermagem mais científica, promovendo um cuidar de enfermagem sistematizado, humanizado, contínuo, mais justo e com qualidade para o cliente.

5. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo.- O proposto no item 3.

IV. ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUBTEXTO DA PESQUISA:

1. Acesso a qualquer tempo às Informações prestadas e sobre procedimentos e benefícios relacionadas pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.

2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. 3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

V. INFORMAÇÕES SOBRE O PESQUISADOR:

NOME DO PESQUISADOR: Anna Karina Lomanto Rocha Silva

ENDEREÇOS: Praça 2 de julho, no 23, apt 1501, edf. Valério de Carvalho – Campo Grande

TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA 33369519 / 99855574

Anna Karina Lomanto Rocha Silva

Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

(o que julgar necessário ter maiores explicações ou complementos)

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

EuDeclaro que após convenientemente esclarecida(o) pela(o) pesquisador(a) e considerando que:

- Serão Salvaguardados a confidencialidade, sigilo e privacidade bem como respeitados a fidelidade do meu depoimento;
- Encontro-me no uso pleno das minhas faculdades mentais;
- Sou responsável legal pelos meus atos;
- entendi perfeitamente o que me foi explicado sobre a presente investigação científica;

CONSINTO participar de livre e espontânea vontade deste Protocolo de Pesquisa, respondendo aos questionamentos feitos pela pesquisadora e autorizando a divulgação dessas respostas.

Salvador, de 2004.

Enf^a nonononomnononononononon

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Universidade Federal da Bahia

Escola de Enfermagem

Título: Sistematização da Assistência de Enfermagem: o significado para a enfermeira(o)

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1- IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS

- CODINOME -----
- IDADE -----
- SEXO: F M
- TEMPO DE FORMADO ----- ANOS
- INSTITUIÇÃO FORMADORA ----- ESTADO -----
- TEMPO DE SERVIÇO NA INSTITUIÇÃO -----
- TEMPO DE EXPERIÊNCIA COM SAE -----
- EXPERIÊNCIA COM SAE EM OUTRA INSTITUIÇÃO: SIM NÃO

2- INVESTIGAÇÃO DOS SIGNIFICADOS DA SAE

- Qual é o significado que você atribui sobre a SAE em sua prática?
- Como os seus colegas vêem a SAE?
- Fale sobre a sua experiência desde que chegou na instituição ou desde que foi implementado.

ANEXOS

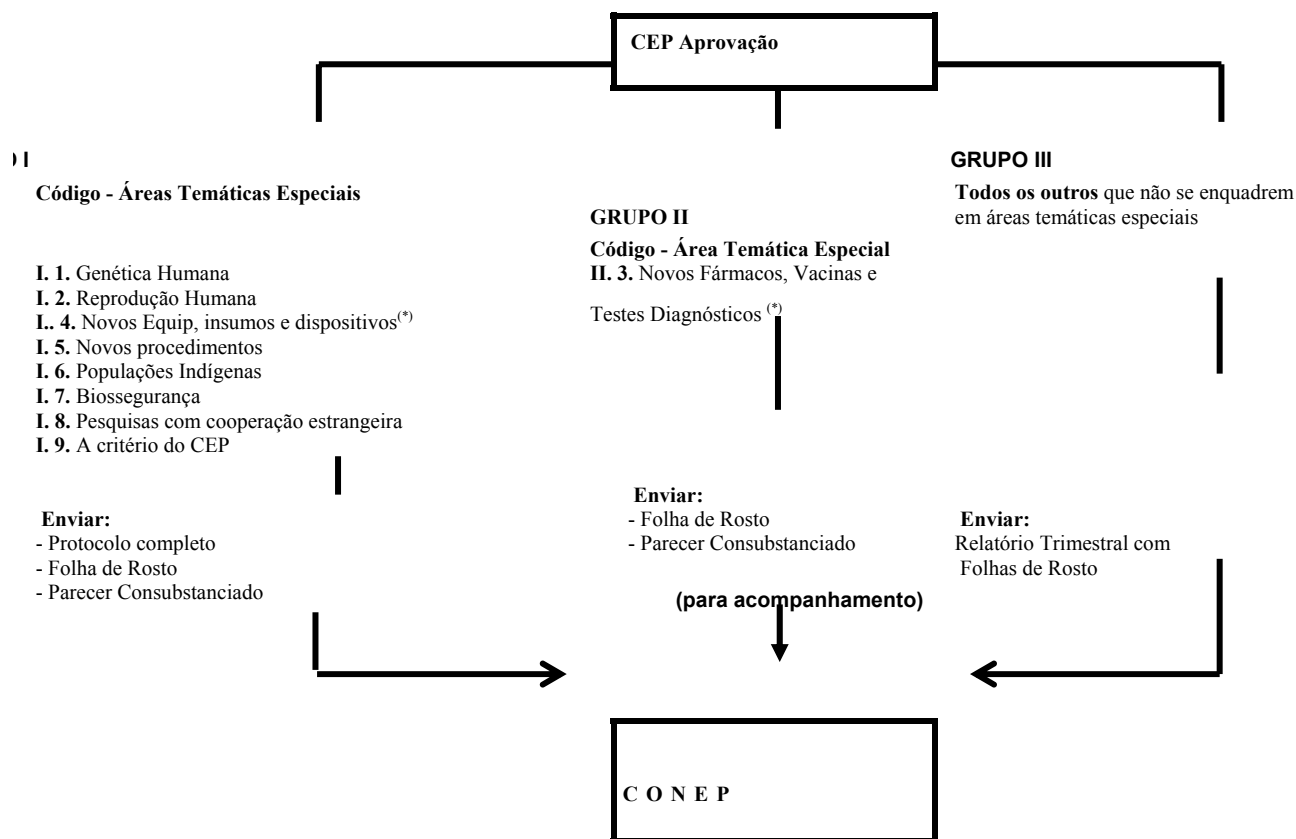


ANEXO A
MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
(versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa: A Sistematização da Assistência de Enfermagem				
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) Ciências da saúde		3. Código: 4.04		4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4) Enfermagem
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso) Grupo III		6. Código(s):		7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()
8. Unitermos: (3 opções)				
SUJEITOS DA PESQUISA				
9. Número de sujeitos: 10 No Centro: Total: 10		10. Grupos Especiais: <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião /Feto () Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) () Outros () Não se aplica (X)		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
11. Nome: Anna Karina Lomanto Rocha Silva				
12. Identidade: 0834752069		13. CPF.: 780.479.515-72		19. Endereço (Rua, n.º): Prç. 2 de julho, n.284
14. Nacionalidade: Brasileira		15. Profissão: Enfermeira(o)		20. CEP: 40.80120
16. Maior Titulação: Especialista		17. Cargo		21. Cidade: Salvador
18. Instituição a que pertence: Universidade Federal da Bahia-UFBA		23. Fone: (71) 33369519		22. U.F.: BA
		24. Fax:		25. Email: hanhoerester@uol.com.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: ____/____/____ Assinatura...				
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO				
26. Nome: Hospiotial Aliança		29. Endereço (Rua, nº): Av. Juracy Magalhães		
27. Unidade/Órgão:		30. CEP: 40000000		31. Cidade: Salvador
				32. U.F.: BA
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (x)		33. Fone: 21085700		34. Fax.:
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (x) Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)				
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição) : Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: _____ Cargo _____ Data: ____/____/____ Assinatura				
PATROCINADOR Não se aplica ()				
36. Nome:		39. Endereço		
37. Responsável:		40. CEP:		41. Cidade:
				42. UF
38. Cargo/Função:		43. Fone:		44. Fax:
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP				
45. Data de Entrada: ____/____/____		46. Registro no CEP:		47. Conclusão: Aprovado () Data: ____/____/____
				48. Não Aprovado () Data: ____/____/____
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: ____/____/____ Data: ____/____/____				
Encaminho a CONEP:		53. Coordenador/Nome		Anexar o parecer
50. Os dados acima para registro ()		51. O projeto para apreciação ()		

52. Data: ____/____/____	Assinatura	consubstanciado
<i>COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP</i>		
54. Nº Expediente :	56. Data Recebimento :	57. Registro na CONEP:
55. Processo :		
58. Observações:		

FLUXOGRAMA PARA PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS (JAN/99)



CÓDIGO – ÁREAS DO CONHECIMENTO (Folha de Rosto Campos 2 e 3)

1- CIÊNCIAS EXATAS E DA TERRA

- 1.01 – MATEMÁTICA
- 1.02 – PROBABILIDADE E ESTATÍSTICA
- 1.03 - CIÊNCIA DA COMPUTAÇÃO
- 1.04 - ASTRONOMIA
- 1.05 - FÍSICA
- 1.06 - QUÍMICA
- 1.07 - GEOCIÊNCIAS
- 1.08 - OCEANOGRAFIA

2 - CIÊNCIAS BIOLÓGICAS (*)

- 2.01 - BIOLOGIA GERAL
- 2.02 - GENÉTICA
- 2.03 - BOTANICA
- 2.04 - ZOOLOGIA
- 2.05 - ECOLOGIA
- 2.06 - MORFOLOGIA
- 2.07 - FISILOGIA
- 2.08 - BIOQUÍMICA
- 2.09 - BIOFÍSICA
- 2.10 - FARMACOLOGIA
- 2.11 - IMUNOLOGIA
- 2.12 - MICROBIOLOGIA
- 2.13 - PARASITOLOGIA
- 2.14 - TOXICOLOGIA

3 - ENGENHARIAS

- 3.01 - ENGENHARIA CIVIL
- 3.02 - ENGENHARIA DE MINAS
- 3.03 - ENGENHARIA DE MATERIAIS E METALÚRGICA
- 3.04 - ENGENHARIA ELÉTRICA
- 3.05 - ENGENHARIA MECÂNICA
- 3.06 - ENGENHARIA QUÍMICA
- 3.07 - ENGENHARIA SANITÁRIA
- 3.08 - ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
- 3.09 - ENGENHARIA NUCLEAR
- 3.10 - ENGENHARIA DE TRANSPORTES
- 3.11 - ENGENHARIA NAVAL E OCEÂNICA
- 3.12 - ENGENHARIA AEROESPACIAL

4 - CIÊNCIAS DA SAÚDE (*)

- 4.01 – MEDICINA
- 4.02 – ODONTOLOGIA
- 4.03 – FARMÁCIA
- 4.04 – ENFERMAGEM
- 4.05 – NUTRIÇÃO
- 4.06 - SAÚDE COLETIVA

5 - CIÊNCIAS AGRÁRIAS

- 5.01 - AGRONOMIA
- 5.02 - RECURSOS FLORESTAIS E ENGENHARIA FLORESTAL
- 5.03 - ENGENHARIA AGRÍCOLA
- 5.04 - ZOOTECNIA
- 5.05 - MEDICINA VETERINÁRIA

6 - CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

- 6.01 - DIREITO
- 6.02 - ADMINISTRAÇÃO
- 6.03 - ECONOMIA
- 6.04 - ARQUITETURA E URBANISMO
- 6.05 - PLANEJAMENTO URBANO E REGIONAL

4.07 – FONOAUDIOLOGIA
4.08 – FISIOTERAPIA E TERAPIA
OCUPACIONAL
4.09 – EDUCAÇÃO FÍSICA

5.06 - RECURSOS PESQUEIROS E
ENGENHARIA DE PESCA
5.07 - CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE
ALIMENTOS

6.06 - DEMOGRAFIA
6.07 - CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
6.08 - MUSEOLOGIA
6.09 - COMUNICAÇÃO
6.10 - SERVIÇO SOCIAL
6.11 - ECONOMIA DOMÉSTICA
6.12 - DESENHO INDUSTRIAL
6.13 - TURISMO

7 - CIÊNCIAS HUMANAS

7.01 – FILOSOFIA
7.02 – SOCIOLOGIA
7.03 – ANTROPOLOGIA
7.04 – ARQUEOLOGIA
7.05 – HISTÓRIA
7.06 – GEOGRAFIA
7.07 – PSICOLOGIA
7.08 – EDUCAÇÃO
7.09 - CIÊNCIA POLÍTICA
7.10 – TEOLOGIA

8 – LINGÜÍSTICA, LETRAS E ARTES

8.01 - LINGÜÍSTICA
8.02 - LETRAS
8.03 - ARTES

(*) NÍVEL : (Folha de Rosto Campo 4)

(P) Prevenção
(D) Diagnóstico
(T) Terapêutico
(E) Epidemiológico
(N) Não se aplica

(*) **OBS:** - As pesquisas das áreas temáticas 3 e 4 (novos fármacos e novos equipamentos) que dependem de licença de importação da ANVS/MS, devem obedecer ao seguinte fluxo- Os projetos da área 3 que se enquadrarem simultaneamente em outras áreas que dependam da aprovação da CONEP, e os da área 4 devem ser enviados à CONEP, e esta os enviará à ANVS/MS com seu parecer.

- Os projetos exclusivos da área 3 aprovados no CEP (Res. CNS 251/97 – item V.2) deverão ser enviados à ANVS pelo patrocinador ou pesquisador.

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Of.no 143/04

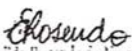
Em, 17/06/04

Ilma. Sra. Dra. Maria Clezia de Oliveira Rios
Diretora de Assistência (DIASS)

Prezada Senhora,

Vimos pelo presente solicitar a V.S.a a permissão para que a enfermeira Anna Karina Lomanto Rocha Silva, aluna do Programa de Pós-Graduação do curso de Mestrado em Enfermagem desta Escola, proceda levantamento de dados através da realização de entrevistas junto as enfermeiras dessa instituição, nos meses de junho, julho e agosto de 2004, para fins de elaboração do relatório de pesquisa intitulada: “Sistematização da Assistência de Enfermagem: O significado para a enfermeira”, como etapa preliminar a sua dissertação de mestrado.

Atenciosamente,


Eloseude
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem

ANEXO C - ENTREVISTAS TRANSCRITAS

ENF.1

- a) **IDADE** – 37 anos
- b) **SEXO** – feminino
- c) **TEMPO DE FORMADA** – 15 anos
- d) **INSTITUIÇÃO FORMADORA** – UCSAL
- e) **TEMPO DE SERVIÇO NA INSTITUIÇÃO** – 4 anos
- f) **TEMPO DE EXPERIENCIA COM A SAE** – 4 anos
- g) **VOCE TEM EXPERIENCIA COM A SAE EM OUTRA INSTITUIÇÃO – NÃO POIS QUANDO ESTAVA SENDO IMPLANTADA LÁ EU ESTAVA SENDO TRANSFERIDA PARA ESTA INSTITUIÇÃO**

1)QUAL O SIGNIFICADO QUE VOCE ATRIBUI SOBRE A SAE EM SUA PRÁTICA?

ACHO FUNDAMENTAL PORQUE VOCE E, E,E COMO EU DIRIA? Direciona sua assistência, da para você dar uma direcionada melhor na sua assistência de enfermagem.

2)COMO SEUS COLEGAS VEEM A SAE?

Acho que da mesma forma né! porque você antes tinha uma formação que você tinha que ver todos os pacientes de uma forma só, como todos como seus. Hoje você consegue direcionar a sua assistência maior para aqueles que lhe são delegados, não tirando a sua assistência aos outros pacientes. No momento a clinica é os pacientes são graves. Quando o paciente não tem intercorrência dar para você fazer isso muito bem, mais quando o paciente tem intercorrências que isso não é raro no setor!!!!!!! É.... torna-se muito atropelado, você preencher tantos impressos né.... dos seus pacientes além de dar assistência às intercorrências dos outros pacientes.

3) FALE SOBRE A SUA EXPERIENCIA DESDE QUE CHEGOU NA INSTITUIÇÃO OU DESDE QUE FOI IMPLEMENTADO A SAE.

É..... no início foi difícil essa sistematização, porque algo que agente não era do conhecimento nosso e aos poucos agente foi começando a estudar e se tornando uma coisa natural, uma coisa do nosso cotidiano né? Então é..... esta sendo crescente, está sendo uma coisa de rotina que esta sendo uma coisa nova né?! Acho que faltam mais profissionais de enfermagem porque assim os pacientes são muito graves e para você se aprofundar no paciente, você deixa de ver os outros pacientes, e os outros também são graves!!!! Não da para você ficar só com um paciente e os outros ficarem desassistidos. Então o que eu acho que é para ter..... eu tenho 27 pacientes que cuido de noite e às vezes eu vejo corrido os meus 03 pacientes que eu sou a enfermeira(o) principal..... porque quando eu vou ao quarto eles já estão dormindo, entendeu????? Devido à intercorrências, então isso me incomoda.

ENF. 2

- a) 33 anos
- b) feminino
- c) 10 anos
- d) UCSAL
- e) 4 anos
- f) 4 anos
- g) parcialmente, não em todas as atividades de enfermagem, mais é..... em algumas.

- 1) eu acho que a sistematização veio para ajudar o trabalho da enfermeira(o), mais eu acho que é..... agente tem que ter muito cuidado, quando agente faz a sistematização para não haver um erro em escala, ou seja, né a sistematização ela tem que ser bem feita, implantada em todo o grupo de forma bem uniforme mais assim.... tem que ser uma coisa bem pensada para que não haja um erro e todo mundo erre. Assim... sucessivamente. Mais eu acho que existe muito mais positivo, agente tem muito mais que ganhar do que perder, então quando ela bem feita, bem estudada, quando ele é bem empregada, ela só vem ajudar o dia a dia no trabalho, na organização do nosso trabalho, eu acho que tem que ter!!!!
- 2) às vezes existe alguma resistência por parte de alguns colegas com a sistematização é.... nem tudo que é implantado é bem aceito, então existe um pouco de resistência, principalmente daqueles que são mais velhos, e assim... todo mundo querendo dar com opiniões diferentes, querendo contribuir o que às vezes torna ainda mais difícil você sistematizar. Mais agente encontra mais facilidade com aqueles profissionais mais novos que já estão assim bem familiarizado com a sistematização desde ate mesmo a formação que hoje em dia já é uma coisa bem falada e bem debatida, discutida.
- 3) No inicio para que esta chegando na instituição nova ate que você conheça todas as rotinas, todas as normas, toda a sistematização, todo o processo em andamento demanda assim.... um poço de tempo, existe um pouco de dificuldade para que agente conheça todo o fluxo, mais assim... ainda vejo que há muitas falhas. acho que aqui dentro não foi..... a sistematização ainda não foi adotada por todo mundo, agente ainda ver cada um trabalhando de sua maneira, ou de acordo com o que acha melhor! E acho que também não é a sistematização em alguns aspectos, algumas atividades não é bem é.... digamos assim.... implementada, passada e depois acho que ainda falta um como eu diria assim..... uma avaliação desse andamento da sistematização, então acha que falta isso aí. Acho que treinamento em campo de trabalho né..... às vezes agente fica muito mais na teoria, nos protocolos, mais assim no que esta no escrito, quando agente vai para a pratica agente vê que as coisas muitas vezes são diferentes e acho que devia ter uma avaliação desse processo todo da sistematização na pratica e um treinamento profissional na pratica, no campo de trabalho, no dia a dia da gente, então assim equipes que treinasse, da-se um trabalho de educação continuada para a sistematização dentro do campo de trabalho.

- a) 27anos
- b) feminino
- c) 05 anos
- d) UFBA
- e) 02 anos e 06 meses
- f) 02 anos e 06 meses
- g) não

1) é... organização, melhor qualidade na assistência. Ela permite a equipe de enfermagem prestar uma assistência mais qualificada, individual ao paciente.

2) no inicio da implantação da sistematização foi algo muito difícil, teve resistência por toda a equipe praticamente já que era algo novo, mais atualmente ele é bem aceito, bem difundido entre o grupo e estamos conseguindo trabalhar de uma forma..... como é que eu digo..... de uma forma uniforme. As pessoas mais antigas tiveram mais resistência na implementação.

3) A dificuldade que exista na implementação da sistematização é o numero de funcionário, o numero de enfermeira(o) que são insuficiente para que o programa propõe em relação à melhoria da qualidade da assistência. É... o conhecimento também teórico da equipe, não que seja desqualificado, mais que o processo exige que você tenha um conhecimento mais geral de diagnostico, do NANDA já que e o NANDA que agente trabalha, acho que só. A facilidade e que permite que você vê o paciente como um todo desde o diagnostico medico ao nosso diagnostico, acompanhar mais os exames laboratoriais, acompanhar mais as alterações que o paciente venha a ter. o hospital vem se empenhando muito com o intuito de implementar o mais rápido possível, né terminar de implementar o programa. Então eles promovem treinamentos contínuos com a equipe , promove orientação, tem uma equipe que orienta agente elaborar o diagnósticos e tem avaliação periódica do nosso acompanhamento dos pacientes.acho o processo de enfermagem muito complexo na hora de escrevê-lo por que.... ele é muito minucioso e não temos tempo suficiente para desenvolvê-lo com tanta, como é que eu digo?.... para desenvolvê-lo de forma eficaz. Eu me formei há 5 anos na época não existia nem processo de enfermagem, agora na pos graduação foi que eu vi uma coisa bem sucinta sobre a SAE e sobre o NANDA.Mais pelo o que eu conheço de estudante não existe um preparo sobre o processo de enfermagem, sobre o que é o NANDA, sobre o que é diagnostico de enfermagem, não tem uma parte que trabalhe é.... teoricamente sobre o assunto e sobre a pratica disso com agente no trabalho mesmo em hospital. O que dificulta a implementação da SAE no setor é o numero de enfermeira(o) que é insuficiente para que você possa implementar de forma como realmente o processo de enfermagem é... preconiza é... o conhecimento também teórico por parte das enfermeira(o)s de conhecer como é o diagnostico, como se desenvolvem, quais são as suas etapas e o conhecimento também teórico sobre patologias, sobre como eu falo, o conhecimento teórico mesmo porque agente não tem , infelizmente a enfermagem trabalha mais com a pratica, você não vê estudar!!!! Muito pouco!!!!

Superficialmente!!!! Ninguém se empenha em buscar o porque? Porque o balanço hídrico? Porque esta usando essa droga? Qual o efeito que tem no organismo isso? Infelizmente agente não tem enfermagem atuando dessa maneira. O que facilita a implementação aqui no hospital é uma chefia de enfermagem que ajuda né... que esta querendo implementar o processo de enfermagem, vontade de algumas enfermeira(o)s que estão ajudando, que querem que o processo realmente desenvolva, a cobrança do COREN que exige que seja implementada ate 2005 ou 2006, de acordo com a lei, então...todos os hospitais vão ter que implementar.

ENF. 4

- a) 39 anos
- b) feminino
- c) 16 anos
- d) UCSAL
- e) 4 anos
- f) 2 anos
- g) não

- 1) Processo de sistematização para a melhoria da qualidade prestada ao paciente.
- 2) Foi de grande importância quando aplicada e desenvolvida de maneira correta. A grande maioria não teve resistência para a implementação do processo.
- 3) Foi implementada de maneira tranquila com muito treinamento para os profissionais. Não é fácil aplicar o processo de enfermagem porém é necessário. O processo tem benefícios como à melhoria da qualidade da assistência, melhora a auditoria de prontuário, podemos conhecer melhor o paciente criando uma relação de segurança paciente X enfermeiro, proporcionando mais conforto tanto físico como emocional. O processo é muito extenso que nos requeremos muito tempo para poder ser bem desenvolvida. As escolas não sei atualmente pois tenho muito tempo de formada mais deveria ter uma disciplina especifica para trabalhar o processo de forma efetiva. Existem algumas dificuldades na implementação do processo ... primeiro acho o numero de enfermeira(o)s insuficiente. Os fatores que facilitam a implementação do processo acham que deveria ter o aumento do numero de profissionais, diminuindo a quantidade de leitos para cada enfermeiro, segundo deve ter o interesse do profissional e motivação da chefia de enfermagem de cada instituição.

ENF. 5

- a) 40 anos
- b) feminino
- c) 15 anos
- d) UCSAL
- e) vou completar 10 anos
- f) 02 anos
- g) não

- 1) eu vejo como um processo organizado, sistematizado para melhorar a qualidade prestada aos nossos clientes.
- 2) como um processo importante para o desenvolvimento e também acarreta num bom serviço, né?! Eu vejo a principio sim resistência de algumas colegas como qualquer modificação que existe as pessoas no inicio tem sempre uma resistência mais no decorrer das suas ações ela se torna ate mais aceitáveis e agente acaba vendo que isso ajuda o nosso trabalho, o nosso desenvolvimento e também o atendimento ao cliente.
- 3) no inicio não foi muito fácil mais com o decorrer do treinamento se tornou ate um processo tranqüilo né? Tem beneficio pois no momento que você é organiza as suas ações você atua de uma maneira mais organizada, com isso você ganha tempo e o processo flui e agente presta uma melhor assistência de enfermagem. Agora eu acho fácil aplicar o processo, agora esta tranqüilo. O processo de enfermagem ele é bem complexo com isso agente requer que agente tenha tempo disponível para avaliar bem o paciente, então e ai que agente assim.... se torna um pouco dificil, mais tudo é necessário embora agente queira estar mais na ação do que escrevendo. O processo de enfermagem requer conhecimento, experiência pela a sua complexidade, então acho que no dia a dia , nas nossas ações de enfermagem agente consegue desenvolver bem esse processo. O que dificulta na implementação do processo e que no momento que você tem muitas atribuições, muitos pacientes para atender e o numero insuficiente de profissionais ai você vai ter mais dificuldade para desenvolver o processo de enfermagem. o que facilita a implementação do processo o interesse pessoal, o incentivo da nossa chefia, da nossa coordenação que também é muito importante e mesmo porque o nosso conselho ele exige que ate uma determinada data que eu não me lembro agora qual que seja implementado o processo de enfermagem então são fatores né!!

ENF. 6

- a) 33 anos
 - b) feminino
 - c) 9 anos
 - d) UCSAL
 - e) 04 anos
 - f) 02 anos
 - g) não
- 1) A sistematização da assistência de enfermagem.

- 2) vem como um processo de sistematização da assistência de enfermagem.
- 3) O processo de sistematização da assistência de enfermagem melhorou muito a qualidade de assistência na instituição. Não acho fácil aplicar o processo de enfermagem. Acho que o processo tem benefícios mais é muito complexo. O processo requer muito tempo da enfermeira(o). Não acho que as escolas preparam o aluno bem para aplicar a SAE. Acho que deveria ter uma matéria específica. O que dificulta a implementação do processo é a complexidade dele porque requer mais enfermeira(o)s. Os fatores que facilitam é a vontade do profissional de ter uma assistência melhor, com qualidade.

ENF. 7

- a) 38 anos
- b) feminino
- c) 14 anos
- d) UFBA
- e) 2 anos
- f) 2 anos
- g) 6 anos

- 1) é uma forma de organizar o trabalho, ela sistematiza literalmente. Só que eu acho que o atual impresso utilizado na instituição ainda precisa de muito ajustes.
- 2) com muita crítica e colocando dificuldade na implantação. E continuidade do que está implantado.
- 3) Acho que o impresso anterior era mais prático e dinâmico porém pelo o tempo de uso já não estava sendo mais respeitado pelos profissionais. O impresso atual é útil embora precise de muitos ajustes para ser mais operacional. Não acho fácil aplicar o processo de enfermagem por que a multiplicidade de impressos. Benefício tem sim!!!! Todos têm benefícios, todos os impressos são úteis, é como eu falei só precisa ser melhor adequados. Não vejo como não benefício. O processo atual utilizado ele tá trabalhoso e precisa ser mais dinâmico para aplicar. As escolas não nos modos atuais, a demanda atual, a necessidade, as escolas não estão preparando. Deveria ter uma melhoria do currículo. O que dificulta a sua implementação além dos impressos que eu já falei... uma adesão de profissionais. O que facilita a implementação do processo talvez melhor adequação dos impressos, e algum tipo de trabalho que dinamize.

ENF. 8

- a) 36 anos
- b) feminino
- c) 3 anos
- d) UFBA
- e) 12 anos
- f) 4 anos
- g) não

- 1) A SAE é útil, porem requer tempo e a sobrecarga de trabalho dificulta o preenchimento de impressos e a elaboração de planos... a SAE direciona o cuidado, se tivéssemos tempo de elaborá-la com certeza sua aplicabilidade iria favorecer a qualidade da assistência.
- 2) Acho que meus colegas pensam da mesma forma que eu, ajudaria a sistematização de tivéssemos um tempo maior ou um maior numero de profissionais na unidade. Acho valido o processo , mas foge da realidade de algumas instituições.
- 3) Acho que a implementação, digo todo o processo deveria ter o grupo todo envolvido desde as suas decisões ate a implementação. As coisas são decididas por um grupo de profissionais que não vivenciam a assistência e é colocada para as enfermeira(o)s assistenciais implementarem com o mesmo numero de profissionais x pacientes, o mesmo trabalho x sobrecarga. O processo é pouco pratico, muito burocrático: muitas informações que demandam tempo para preencher e que na pratica não são utilizados. As escolas não preparam para o processo, não sei se hoje em dia as universidades mudou nesse aspecto mais há 13 anos atrás pouco ouvi falar sobre a SAE.

ENF. 9

- a) 39 anos
- b) 15 anos
- c) 10 anos
- d) UFBA
- e) 03 anos
- f) 03 anos
- g) não

- 1) Para mim.... é..... organizar, colocar em pratica um modo sistemático de assistência para que as coisas fluam de forma ordenada e a enfermeira(o) tenha controle sobre a

sua assistência e sobre o seu gerenciamento. Se a enfermeira(o) consegue se organizar e sistematizar a assistência, ela consegue dar uma boa assistência, colocando suas prioridades, ou seja, as prioridades de seus pacientes e conseqüentemente ela consegue dar uma boa assistência ao paciente.

- 2) inicialmente acho que houve muita resistência, é... a mudança traz medo, o novo traz medo e a resistência é geral por parte delas. Porque tem que haver uma reestruturação total da sua assistência e isso influencia em mudança e mudança dá trabalho, né! Isso há resistência.
- 3) No início houve muita ansiedade , por que... como eu já havia dito anteriormente o novo traz medo porque tem que haver uma reestrutura, mas com o tempo a gente consegue organizar melhor o nosso trabalho e ...é conseqüentemente a uma melhor assistência... é e os pacientes sentem essa nova reestruturação. Mais muita coisa tem que ser mudado e muita coisa tem que ser revista, porque não é de uma hora para outra que as coisas mudam. É por passo a passo. As facilidades para a implementação foram à auditoria previa e posterior feita pela diretoria de enfermagem e gerencia de enfermagem que ajuda muita a gente ver as nossas falhas e os nossos acertos, essa assistência por parte da gerencia foi muito importante para isso. Facilitou bastante. As dificuldades que acho foram os impressos que tem que ser revistos, que muitas vezes dificultam o numero de impressos e a enfermeira(o) fica muito presa a esses impressos, não direcionando a assistência de enfermagem.

ENF. 10

- a) 39 anos
- b) 15 anos
- c) 12 anos
- d) UCSAL
- e) 04 anos
- f) 04 anos
- g) não

- 1) A sistematização da assistência de enfermagem significa para mim é a valorização da assistência prestada ao paciente através da individualização do cuidado de enfermagem na qual identificamos as necessidades e prioridades para cada paciente em questão. O cuidar x SAE é facilitador no sentido e você ter toda a sua documentação registrada em relação ao seu cuidado de enfermagem, porque o cuidado

de enfermagem é muito fragmentado e por muitas vezes pouco documentado e a sistematização faz com que registre todas as etapas da atuação da enfermagem.

- 2) alguns colegas colocam como uma burocracia outras coloca a sistematização como um facilitador a depender do ponto de vista de cada um e como eles visualizam a sistematização.
- 3) A sistematização da assistência de enfermagem é um processo muito complexo e como processo e com a complexidade que vem em torno dele tem algumas dificuldades. É necessário que haja um treinamento, é necessário que o profissional tenha um conhecimento técnico e científico e que se aprofunde dentro da sistematização para que ela realmente aconteça com toda a sua efetividade. Um pré-requisito para a implementação da SAE... é que os profissionais tenham alguns treinamentos que a nível de informação deixam a desejar tipo exame físico que deve ser bem retomado, a questão das necessidades afetadas também é importante e que o profissional tenha facilidade de realmente detectar o que é prioridade dentro da assistência para o seu paciente. Antes de mais nada eu acho que o que dificulta bastante é quando você não faz uma adequação dos impressos da sistematização. Impressos cheios, impressos que não são objetivos, impressos que não deixam a desejar acaba atropelando o processo e dificultando ate por conta da demanda de tempo do profissional. Há 20 anos atrás, a minha formação foi de 1985, nos nem ouvimos falar em consulta, nem diagnostico, o processo era dado de forma rápida e não havia nenhum tipo de aprofundamento e nem preparo para a sistematização da assistência de enfermagem.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)