

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS -GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

**SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE DA
IMPLEMENTAÇÃO**

CURITIBA

2007

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

SANDRA MARIA BASTOS PIRES

**SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE DA
IMPLEMENTAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem, Programa de Pós – Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração – Prática Profissional de Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Marineli Joaquim Meier

CURITIBA

2007

Pires, Sandra Maria Bastos

Sistematização do cuidado em enfermagem: uma análise da implementação / Sandra Maria Bastos Pires. – Curitiba, 2007. 137 f.:il

Orientadora: Profa. Dra. Marineli Joaquim Méier.
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós -Graduação
em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Paraná.

1.Processos de enfermagem. 2.Enfermagem. 3.Tecnologia.
4.Exame físico. I.Título.

LM WIY 100

TERMO DE APROVAÇÃO

SANDRA MARIA BASTOS PIRES

SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: _____

Prof^a. Dr^a. Marineli Joaquim Meier
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Prof^a. Dr^a. Francine Lima Gelbcke Membro Titular: Universidade Federal
de Santa Catarina - UFSC

Prof^a. Dr^a. Mitzy Tannia Reichembach Danski Membro Titular:
Universidade Federal do Paraná – UFPR

Curitiba, 14 de Dezembro de 2007.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela sabedoria de ter colocado em meu caminho pessoas especiais...

Ao anjo que me acompanhou diariamente com amor e paciência, esse anjo de bondade e de ternura é a minha mãe.

Ao meu marido Jorcy Erivelto, o grande companheiro nesta jornada.

Ao meu filho Lucas Matheus, por ter-me dado o presente de desfrutar a sua conversa agradável, seus beijos, abraços e tudo mais...

À minha irmã Sônia, que não mediu esforço no dia a dia para que meus objetivos fossem alcançados.

À minha irmã Maria José, pelo apoio incansável nesta trajetória de formação profissional.

Aos meus irmãos Edison e Winston, que se fizeram presentes com palavras carinhosas e incentivos nesta caminhada.

À Profª Drª Maria Angélica, que embora à distância, incentivou e facilitou o alcance dos meus objetivos.

À minha orientadora Marineli Joaquim Meier por ousar e acreditar na concretização deste estudo.

À provedoria e a diretoria administrativa da Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa – PR, que viabilizou financeiramente a construção desta pesquisa.

Aos enfermeiros da Santa Casa pela valiosa contribuição como profissionais, companheiros e pessoas especiais.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná, âncora do desenvolvimento profissional.

RESUMO

PIRES, S. B. MÉIER, M. J. **A sistematização do cuidado em enfermagem: uma análise da implementação.** Curitiba, 2007. 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós – Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva que teve como objetivos descrever o processo de construção da Sistematização do Cuidado (SC); caracterizar a implementação e perceber o processo de construção da SC na etapa de coleta de dados e exame físico. O estudo foi realizado na Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa – PR, com um grupo de vinte enfermeiros que participaram das etapas de planejamento, execução e análise do processo de construção da SC, desenvolvido no período de 27 de março de 2006 a 17 de agosto de 2007. A pesquisa compreende momentos I e II. O primeiro trata do processo de construção da SC, desde a qualificação dos enfermeiros, elaboração, implantação e implementação dos instrumentos da SC na etapa de coleta de dados e exame físico. O segundo apresenta o resultado da entrevista semi estruturada e a síntese do processo de construção da SC como um todo. No momento I foram realizadas 31 reuniões com duração de uma a duas horas, as quais tiveram uma pauta definida, pelo grupo e pesquisador, em função das suas necessidades, interesses e objetivos. As propostas, as decisões e os encaminhamentos do grupo foram registrados. No momento II os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada, a qual foi aplicada aos vinte enfermeiros e analisada segundo Análise de Conteúdo. A participação efetiva dos enfermeiros ocorreu em todas as etapas da construção e da implementação da SC, num processo contínuo. Construiu-se o instrumento de coleta de dados e exame físico, o qual foi percebido pelos enfermeiros. As interpretações dos resultados configuraram-se na significação do estudo para o desenvolvimento das dimensões pessoal, profissional e institucional. Destacaram-se, nesse contexto, a importância do aprofundamento teórico-prático; o desenvolvimento da habilidade de pensar criticamente a realidade, num processo constante de reflexão-ação-reflexão; a necessidade de instrumentalização dos enfermeiros, que assumiram a SC como uma tecnologia que contempla o seu saber e o seu fazer. Ocorreram embates entre as concepções alternativas e as científicas; determinação de objetivos comuns e de respeito aos diferentes saberes; extrapolação da teoria de Horta na construção do marco conceitual; concepção da não mutabilidade dos instrumentos de coleta de dados e exame clínico. O estudo contribuiu, ainda, para o reconhecimento da importância da implementação da tecnologia da SC informatizada - entendida como determinante da identidade, visibilidade e autonomia profissional – e para a compreensão de que nos processos de mudança se ultrapassam os limites estabelecidos pela instituição, com respeito as regras e normas vigentes, vislumbra-se espaços de liberdade e de inúmeras possibilidades, que, neste estudo, configuram-se no desenvolvimento de todas as etapas da SC.

Palavras-chave: Enfermagem. Processo de enfermagem. Exame Físico. Tecnologia.

ABSTRACT

PIRES, S. B. MÉIER, M. J. **Systematization of care in nursing: an analysis of the implementation.** Curitiba, 2007. 137f. Dissertation (Masters Degree in Nursing) – Nursing Post Graduation Program, Universidade Federal do Paraná.

This work is a research having qualitative and descriptive approach, aiming to describe the Systematization of Care (SC) construction process, characterize the implementation and perceiving of the SC construction process during the stage of data collection and physical examination. The study was conducted at Santa Casa de Misericórdia in Ponta Grossa – PR, with a group of twenty nurses who participated in the stages of planning, execution and analysis of the SC construction process, and was developed from March 27th, 2006 to August 17th, 2007. The research comprises moment I and II. The first one deals with the SC construction process, including nurses qualification, elaboration, implantation and implementation of the SC instruments in the stage of data collection and physical examination. The second one presents the result of the semistructured interview and the synthesis of the SC construction process as a whole. At moment I, there were 31 meetings with one to two hours in duration, having each one guidelines defined by the group and researcher, according to their needs, interests and objectives. Proposals, decisions and dispatching of the group were recorded. At moment II, data were collected through semistructured interview applied to the twenty nurses and analyzed in accordance with Content Analysis. The effective nurses participation occurred in all stages of the SC construction and implementation, in a continuous process. The instrument for data collection and physical examination was constructed and was perceived by the nurses. Results interpretations were figured in the study significance for personal, professional and institutional dimensions development. In this context, were highlighted the importance of theoretical-practical deepening; the development of the skill of critically think the reality, in a constant reflexion-action-reflexion process; the need of instrumentalization of the nurses who assumed the SC as a technology contemplating knowing and doing. There were shocks between the alternative and the scientific conceptions; determination of common objectives and respecting different kinds of knowledge; extrapolation of Horta's theory in the construction of the conceptual landmark; conception of the non-mutability of the instruments for data collection and clinical examination. The study also contributed to the recognition of the computerized SC implementation importance – understood as determinant of professional identity, visibility and autonomy – and the understanding that in changing processes the limits established by the institution are surpassed, in relation to rules and norms in force, are glimpsed spaces of freedom and several possibilities that, in this study, are configured in the development of all the SC stages.

Key words: Nursing. Nursing Process. Physical Examination. Technology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1	-CONFIGURAÇÃO DOS MOMENTOS	47
QUADRO 2	-CATEGORIAS.....	61

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 ENFERMAGEM: TEORIAS E O MARCO CONCEITUAL.....	14
2.2 TEORIAS DAS NECESSIDADES HUMANAS.....	22
2.3 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E NA ENFERMAGEM.....	31
2.4 FRAGMENTOS DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA ENFERMAGEM.....	33
2.5 SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO – SC	36
2.6 CONCEPÇÃO TECNOLÓGICA DA SC.....	39
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	42
3.1 TIPO DE PESQUISA	42
3.2 LOCAL.....	43
3.3 POPULAÇÃO.....	45
3.4 CAMINHO PERCORRIDO.....	46
3.5 ANÁLISE DE DADOS	50
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	51
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	53
4.1 MOMENTO I: QUALIFICAÇÃO DOS ENFERMEIROS, ELABORAÇÃO DE INSTRUMENTOS, IMPLANTAÇÃO E A IMPLEMENTAÇÃO DA COLETA DE DADOS E EXAME FÍSICO DA SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO.....	53
4.2 MOMENTO II: REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS COM OS SUJEITOS DA PESQUISA E A SÍNTESE DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO.....	61
4.2.1 Categoria 1 – Elementos basilares na construção da sistematização do cuidado	62
4.2.2 Categoria 2 – Dificuldades e avanços percebidos na implementação da sistematização do cuidado.....	73
4.2.3 Categoria 3 – Sistematização do cuidado: tecnologia geradora de identidade, visibilidade e autonomia profissional.....	81
4.3 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO: UMA SÍNTESE DAS CATEGORIAS	87
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	99
APÊNDICES	105
ANEXOS	136

1 INTRODUÇÃO

Os conhecimentos científicos produzidos acerca da “Sistematização do Cuidado¹” têm favorecido a relação teórico-prática e a instrumentalização dos enfermeiros para a implementação de um processo cuidativo fundamentado cientificamente. O reconhecimento social decorre desse trabalho desenvolvido pelo enfermeiro nas instituições de saúde, que garante a ele visibilidade e autonomia, bem como identidade da profissão.

O fenômeno de cuidar² é caracterizado como um processo interativo, que abrange o período entre o início da vida até a morte das pessoas. Os profissionais do cuidado necessitam de conhecimentos científicos, habilidades técnicas, atitudes e posturas éticas, intuição, interação, sensibilidade, entre outros aspectos, para uma atuação adequada.

O cuidado se caracteriza como um processo vivido, sentido e experienciado. O cuidado de enfermagem, na instituição hospitalar, ocorre muitas vezes de forma estressante, pela existência de inúmeras dificuldades estruturais, financeiras, de recursos humanos, políticos e técnico-científicos. Amparado no paradigma positivista, o modelo médico, biologicista, faz-se presente de forma constante nesse espaço; enfoca a restauração de uma parte do corpo afetada, sem priorizar os sentimentos do paciente ou de seus familiares (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

Com a internação o paciente vive a alteração de sua identidade, tem dificuldades, na maioria das vezes, de expressar sua vontade e perde o poder de decidir o que deseja que lhe façam, pela gravidade ou restrições que o seu processo de saúde-doença determina, o que lhe causa dependência total ou parcial de cuidado.

A equipe de enfermagem possui responsabilidades que vão além da realização de procedimentos técnicos, tais como a higiene pessoal, alimentação,

¹ Existem diversas nomenclaturas para designar a metodologia da assistência tais como: Processo de Enfermagem, Metodologia do Cuidado, Processo de Assistir, Sistema de Assistência entre outros (CARARRO, 1999).

Sistematização do cuidado é a terminologia entendida no contexto deste estudo como Sistematização da Assistência de enfermagem

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é considerada um método científico e ordenado que subsidia o enfermeiro durante a prática assistencial fundamentada na criticidade, de acordo com a Resolução 272/2002 do COFEN.

² As palavras cuidar/cuidado devem ser entendidas neste estudo como sinônimas.

controle das eliminações, preparo e administração de medicamentos, entre outros. Cabe ao enfermeiro determinar a amplitude da ação e conscientizar-se de que a sua atuação centra-se nos processos complexos do cuidar, os quais pressupõem alterações fisiológicas para prevenção e promoção à saúde, bem como os procedimentos já mencionados, compreendidos enquanto cuidados subsidiados pelo conhecimento científico. Nessa ação, o cuidar subentende ampla dimensão, na qual o emocional e o espiritual contribuem significativamente no processo de cura do paciente. A âncora humana é o amor, e quem ama cuida: “O ato de cuidar é amplo e abarca em seu sentido todos os sentimentos que temos, enquanto pessoas” (LEOPARDI, 1999, p.203).

O cuidado exige da equipe de enfermeiros conhecimentos das inúmeras tecnologias que surgem e das já existentes na área da saúde, bem como a atualização em relação à humanização do cuidar e às questões éticas que permeiam a prática profissional. Por outro lado, os profissionais de enfermagem necessitam aperfeiçoar seu trabalho, a partir da consideração da tecnologia, da humanização e da ética, com enfoque para a Sistematização do Cuidar (SC)³.

A alta rotatividade dos indivíduos internados exige do profissional enfermeiro uma assistência com resolutividade e otimização do tempo. A pessoa que adentra no hospital transita num processo de adaptação à doença, e ao ambiente, e requer um atendimento diferenciado da equipe de enfermagem, que precisa manter-se presente, solidária, auxiliando-a a compreender o significado da doença, principalmente na valorização da vida. O cuidado auxilia o processo de cura, contribui para tornar essa experiência significativa e menos traumática (WALDOW, 2001).

A partir da avaliação das necessidades do paciente é que o enfermeiro poderá planejar a assistência a ser implementada. A Lei nº 7.498/1986, que trata do Exercício Profissional da Enfermagem (COFEN, 1987), estabelece que cabe ao enfermeiro planejar as atribuições da equipe de enfermagem e delegar ações aos profissionais de nível técnico e médio.

A SC é uma atividade do enfermeiro na qual planeja, supervisiona, executa e avalia os cuidados de enfermagem mais complexos. Essa atividade é regulamentada pelo Decreto 94.406/1987, que no seu artigo 3º prevê a prescrição da assistência de

³ Sistematização do Cuidar (SC) – será utilizada no desenvolvimento do trabalho de forma abreviada.

enfermagem. Sendo assim, o enfermeiro precisa antes examinar e diagnosticar os problemas dos pacientes, responsabilizar-se pelo processo.

A Resolução COFEN 272/02 determina, em seu artigo 3º, que a sistematização da assistência de enfermagem seja registrada formalmente no prontuário do paciente, o que acontecerá nas etapas da coleta de dados, exame físico, diagnóstico, evolução e relatório de enfermagem (COFEN, 2002).

Esses princípios estabelecidos na legislação conferem autonomia e independência ao enfermeiro, pois se considera que é de sua atribuição e responsabilidade a SC.

As questões abordadas anteriormente reforçam a importância desta pesquisa, em face das necessidades de mudanças na assistência de enfermagem do cumprimento as competências profissionais, das atribuições legais, éticas, dos fundamentos científicos e dos princípios que regem a profissão.

Também é relevante o aperfeiçoamento do conhecimento próprio do enfermeiro e a busca de definição de novos modos de cuidar em enfermagem, o que implica a necessidade de expressão prática de novas concepções científicas e formas diferenciadas de pensar a saúde e a doença.

A SC imprime caráter científico ao fazer do enfermeiro, o qual, instrumentalizado com essa tecnologia, percebe a importância de continuar na busca de formas de atuação e de atualização constante, seja no aprofundamento teórico, no processo de ação-reflexão-ação da prática vivenciada, seja em função dos desafios postos pela necessidade de conhecimento da informática como suporte imprescindível na agilidade, rapidez e fidedignidade dos dados, contribui para a melhoria da qualidade de vida do paciente.

Na atuação como gerente do serviço de enfermagem da Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa – PR, face aos avanços da tecnologia, dos conhecimentos, da evolução dos conceitos na área da enfermagem e da necessidade de um cuidado fundamentado em princípios científicos mais sólidos, propôs-se a construção coletiva da SC, na busca de contextualizá-la. Suas múltiplas determinações foram consideradas, com a finalidade de implantar e implementar a SC.

Foi a necessidade de imprimir cientificidade no cuidar que levou o grupo de enfermeiros da Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa – PR a participar da

pesquisa, tendo a seguinte questão norteadora “Como o enfermeiro percebe o processo de construção da sistematização do cuidado?”.

Em busca de resposta à questão norteadora, os objetivos constituíram-se como referência da pesquisa, em nível operacional, tendo como meta as ações indicadas a seguir:

Descrever o processo de construção da SC.

Caracterizar a implementação da etapa de coleta de dados e exame físico.

Sintetizar o processo de construção da sistematização do cuidado na etapa de coleta de dados e exame físico.

Com o objetivo de situar o leitor na configuração e estruturação deste texto dissertativo, apresenta-se a síntese de cada um dos capítulos que o compõem.

O primeiro capítulo trata da introdução, ora apresentada. O segundo, intitulado “Revisão da Literatura”, apresenta conceitos básicos da área da enfermagem e da SC; numa concepção tecnológica, aborda as teorias de enfermagem. Estabelece uma reflexão sobre a teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta, e explicita a conceitualização do marco conceitual. A abordagem da SC contempla a concepção tecnológica e apresenta ainda fragmentos da trajetória histórica da enfermagem.

O terceiro capítulo trata da “Trajetória Metodológica”. Nele se descreve o tipo de pesquisa, que é caracterizada como qualitativa, quanto à abordagem metodológica; como descritiva, quanto aos objetivos que propõe; e como pesquisa de campo, em função da obtenção dos dados. Nesse capítulo ainda se apresenta o local da pesquisa, a população e a trajetória percorrida em relação aos métodos e instrumentos utilizados na coleta de dados. Destaca-se que a análise dos dados em todos os seus desdobramentos seguiu a proposta de análise dos significados do conteúdo, de Bardin.

O quarto capítulo apresenta os “Resultados e Discussão dos Dados” e aborda os resultados obtidos em função dos objetivos propostos. A discussão dos dados compreende os momentos I e II. O momento I trata do processo de construção da SC, desde a qualificação dos enfermeiros, elaboração, implantação e implementação dos instrumentos da SC na etapa de coleta de dados e exame físico. O momento II apresenta o resultado da entrevista semi estruturada e a síntese do processo de construção da SC como um todo.

As Considerações Finais contemplam a síntese do estudo e reportam-se aos objetivos propostos e à questão norteadora. Finalizam o estudo a análise de cada categoria eleita, a unidade de sentido expressa, e extraem os indicadores validados, que se configuram nas implicações da pesquisa para o desenvolvimento dos enfermeiros nas dimensões pessoal, profissional e institucional. O trabalho apresenta também referências, apêndice e anexos.

Acredita-se que a pesquisa instigou a reflexão da prática cotidiana dos enfermeiros, oportunizou a cientificidade de atuação profissional e, conseqüentemente, elevou o nível de ação dos enfermeiros da instituição.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura é um elemento significativo para o desenvolvimento de uma pesquisa, pois subsidia a análise dos dados, estabelece um diálogo constante entre os resultados obtidos, a teoria e os saberes advindos da prática profissional.

Tendo em vista os objetivos da pesquisa e o intuito de alcançá-los, buscou-se um referencial teórico que conduza à compreensão do objeto de estudo e que fundamente a análise dos dados. Dessa forma, os temas considerados convergentes com os propósitos já explicitados anteriormente são: teorias e marco conceitual; teoria das necessidades humanas básicas; processo de trabalho; fragmentos da trajetória histórica da enfermagem; SC; concepção tecnológica da SC.

2.1 ENFERMAGEM: TEORIAS E O MARCO CONCEITUAL

A palavra é o meio para organizar as idéias, descrever acontecimentos, pessoas ou objetos e constituir os componentes básicos para o desenvolvimento de uma teoria. Assim, as teorias são influenciadas por experiências de aprendizagens anteriores.

As teorias organizam formalmente o conhecimento da enfermagem como profissão. Apresentam um conjunto de conceitos que, inter-relacionados, formam uma maneira de ver o mundo da enfermagem e desenvolver a sua prática (PAIM, *et al.*, 1998).

As teorias de enfermagem nos auxiliam na compreensão da realidade, favorecem a reflexão e a criticidade, evitam a naturalização e a banalização dos fenômenos, incluem elementos científicos no entendimento e na análise da realidade. Visam à produção de mudanças, inovações e transformações, em nível pessoal, profissional e institucional.

As teorias de enfermagem não se modificam, Meleis (1985) as classificou em dois grupos: primeiro ocorre a partir da identificação do foco primário; o segundo baseia-se na escola de pensamento das teorias (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

De acordo com o foco primário, Meleis (1985) dividiu as teorias em quatro grupos distintos: a) teorias centradas no cliente e defendidas por Abdelah, Henderson e Orem; b) teorias centradas no relacionamento entre cliente e meio ambiente, cujos representantes são Hall, Nightingale e Newman; c) teorias centradas na interação entre enfermeiro e cliente, representadas por King, Orlando, Paterson & Zderad, Peplau, Travelbee e Wildenback; d) teorias centradas na terapêutica de enfermagem, que têm como representantes as teóricas Johnson, Rogers, Levine e Roy.

De acordo com a mesma autora (MELEIS, 1985), o segundo grupo é a escola de pensamento em que os teóricos têm como norte a prática de enfermagem. Abrange as seguintes teorias: a) teorias centradas nas necessidades do cliente, defendidas por Abdellah, Henderson, Orem e Horta; b) teorias centradas no processo de interação entre enfermeiro e cliente, as quais são representadas por King, Orlando, Paterson & Zderad, Peplau, Travelbee e Wiedenbach; c) teorias dos resultados das ações de enfermagem, defendidas por Johnson, Rogers, Levine e Roy.

Com a finalidade de favorecer a visualização e a compreensão do leitor será apresentada uma breve síntese das teorias, de acordo com a evolução cronológica de 1859 a 2005:

Florence Nightingale 1820-1910 – Em 1859 apresentou a Teoria Ambientalista demonstrou que em ambiente limpo diminuía a infecção, conceito que hoje se compreende como infecção hospitalar (LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006; GEORGE, 2000; CARRARO, 2001; SANTOS, 2001).

Hildegard Peplau 1909-1999 – Sua proposta foi apresentada em 1952, com a Teoria interpessoal, apresenta o processo de interação enfermeiro/cliente, o modo como acontecem que elementos estão contidos nesta relação e como agir diante das situações adversas (MELEIS, 1985; LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006; GEOEGE, 2000; SANTOS, 2001).

Virgínia Henderson 1897-1996 – A sua proposta foi apresentada em 1955 e defendeu a função da enfermagem que é assistir o indivíduo doente ou sadio no desempenho de atividades que contribuem para a saúde ou para uma morte tranqüila, ajudando-o para a independência (MELEIS, 1985; LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006; GEORGE, 2000; SANTOS, 2001).

Ernestine Wiedenbach 1900-1996 – Em 1958, sua proposta foi com a prática (arte), sendo o foco a necessidade do paciente e a enfermagem um processo nutridor. Apresenta quatro elementos de assistência: filosofia, propósito, prática e arte (MELEIS 1985; LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006; GEORGE, 2000).

Dorothy Johnson 1919-1999 – Em 1959, foi proposta a Teoria do Sistema Comportamental apresenta a enfermagem como força reguladora externa agindo para preservar a organização e integração do comportamento do paciente a um ótimo nível. Quando o comportamento é uma ameaça à saúde social ou física, ou há doença, o homem é visto como sistema comportamental, com oito subsistemas cada qual tendo estrutura, função, imperativos funcionais, e cada um requerer proteção estimulação e apoio (MELEIS 1985; LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006; GEORGE, 2000).

Faye Abdellah 1952... – Em 1960, Abdellah propôs a Teoria Centrada nos Problemas, usava o método de resolução de problemas para lidar com 21 problemas de enfermagem relacionados com necessidades dos pacientes, para sustentação, restauração, prevenção, auto-ajuda, déficit ou excesso de necessidades (MELEIS, 1985; LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006; GEORGE, 2000; SANTOS, 2001).

Josephine Patterson 1924... e Loretta Zderad 1925... - Em 1960 sua proposta foi a Teoria Humanista na qual a situação dos indivíduos é experienciada existencialmente, pelos enfermeiros; a pessoa é uma unidade holística intelectual; desenvolveu o termo “nursologia”, sendo enfermagem um ato inter-humano e um ato do ser humano (MELEIS, 1985; LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006; GEORGE, 2000).

Ida Jean Orlando – 1926... A Teoria do Processo de Enfermagem foi proposta em 1961 na qual o foco foi o cuidado das necessidades dos pacientes que então em distresse propôs a relação dinâmica enfermeiro – paciente, considera a percepção, pensamento e sentimento por meio de ações deliberadas. Utilizou pela primeira vez o termo Processo de Enfermagem (MELEIS, 1985; LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006; GEORGE, 2000).

Wanda Mc Dowell – Foi proposta a Teoria Homeostásica 1961 – de acordo com essa teoria o paciente matem relacionamento entre enfermagem e homeostasia, concebe, em conseqüência, um sistema para a administração do cuidado do paciente. Ela aplicou o conceito de homeostasia e o de retroalimentação negativa de uma maneira significativa em toda a área do cuidado do paciente. A

medida do cuidado ao paciente se apresentava como um marco conceptual (HORTA, 1979; MELEIS, 1985; LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006).

Imogenes King 1923... – Em 1964, também foi apresentada a Teoria do Alcance de Objetivos, King apresenta a enfermagem como um processo de interação enfermeira/cliente que colabora para o alcance dos objetivos no ambiente natural. Baseou-se na teoria dos sistemas, apoiando a idéia de que há um sistema social, interpessoal e pessoal (HORTA, 1979; MELEIS, 1985; LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006; GEORGE, 2000).

Lydia Hall 1906-1969 – Em 1966 foi apresentada a Teoria da pessoa, do Cuidado e da Cura – descreveu enfermagem autônoma com três categorias: uso terapêutico do *self*, equipe de saúde para a cura e componente nutridor para o cuidado. Baseou-se em Carl Rogers (MELEIS, 1985; LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006; GEORGE, 2000).

Joyce Travelbee 1926-1973 - A Teoria da Relação Interpessoal, foi proposta em 1966 cujo foco de enfermagem está nas relações interpessoais, com o propósito de auxiliar o indivíduo ou a família a enfrentar a experiência da doença e sofrimento e encontrar significado nestas experiências. Ela propõe o cuidar holístico (MELEIS 1985, LEOPARDI 1979; LEOPARDI, 2006).

Lydia Hall 1906-1969 – Em 1966 foi apresentada a Teoria da pessoa, do Cuidado e da Cura – descreveu enfermagem autônoma com três categorias: uso terapêutico do *self*, equipe de saúde para a cura e componente nutridor para o cuidado. Baseou-se em Carl Rogers. (MELEIS, 1985; LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006; GEORGE, 2000).

Myra Levine 1920...– Foi em 1967 que Levine desenvolveu a Teoria da Conservação de Energia e da enfermagem holística, ela propôs a enfermagem clínica, entende o ser humano como uma unidade corpo-mente, um “todo” dinâmico, em constante interação com o ambiente dinâmico. A intervenção de enfermagem possuía a finalidade a conservação da energia, da integridade estrutural, pessoal e social (HORTA, 1979; LEOPARDI, 1999).

Dagmar Brodt – publicou a Teoria sinérgica em 1969 direcionou o foco de enfermagem para ações sinérgicas da Enfermagem baseada em quatro princípios que guiam à concepção do ser humano e suas respostas orgânicas: energia, integridade pessoal, estrutura e social (HORTA, 1979).

Martha E. Rogers 1914-1994 – A Teoria dos Seres Humanos Unitários, proposta em 1970, abordou o processo vital dos seres humanos e o homem unitário, considerando os campos ambientais energéticos, a complementaridade, a ressonância e a helicidade (HORTA, 1979; MELEIS, 1985; LEOPARDI, 1999; GEORGE, 2000).

Dorothea Orem 1914... – A Teoria do auto-cuidado foi publicada em 1970 sendo que a enfermagem se apresenta como um sistema de ajuda para o auto cuidado, quando o paciente não possui condição de realizá-lo, déficit de auto-cuidado é quanto o paciente não possui condições para executar o seu cuidado, auto-cuidado o cuidado executado por pacientes com necessidades especiais e a capacidade do paciente em realizar o seu cuidado relacionando-a a educação em saúde, com o propósito de tornar o paciente independente (MELEIS, 1985; LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006; GEORGE, 2000; SANTOS, 2001).

Sister Callista Roy 1939... – Em, 1970, Roy apresenta a Teoria da Adaptação, a qual encontra fundamento nos referenciais de estresse de Salye e de adaptação de Lazarus autores que tiveram uma contribuição significativa no delineamento dos conceitos fundamentais de sua teoria. Desenvolveu estudo sobre processos de adaptação considera a estimulação focal, contextual e residual, seus efeitos sobre o mecanismo cognitivo e regulador que afeta os quatro modos adaptativos da pessoa: fisiológicos, auto-contexto, função do papel e interdependência. Em 1976, Roy definiu enfermagem como ciência humanística e, em 1984, introduziu o ser biopsicossocial como cliente (MELEIS, 1985; LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006; GEORGE, 2000).

Wanda de Aguiar Horta 1926-1981 – A proposta da Teoria das Necessidades Humanas Básicas foi publicada em 1970, contribuição para uma teoria de enfermagem, que propõem uma metodologia para o processo de enfermagem, baseado nas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, que enfocava o ser humano integral, em busca de equilíbrio biopsico- sócio-espiritual (PAIM, 1998; LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006; BUB, 2001; MARIA; MARTINS e PEIXOTO, 2005).

Betty Neuman 1924... – Em 1974 foi publicada a Teoria dos Sistemas de Neuman acreditava que a enfermagem era uma profissão que ajuda indivíduos a buscarem a melhor resposta aos estressores que podem ser internos e externos. Desenvolveu o modelo de sistemas holísticos, com visão geral dos aspectos

fisiológicos, psicológicos, sócio-culturais e desenvolvimentistas dos seres humanos, para proporcionar estrutura para integração destes enfoques. O sistema aberto em enfermagem era considerado como força unificadora, que reconhece a complexidade do todo, enquanto valoriza a importância das partes (LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006; GEORGE, 2000).

Madeleine Leininger 1925... – A proposta da Teoria do Cuidado Transcultural foi apresentada em 1978, tendo como norte o cuidado, sendo a essência da prática e do conhecimento. Descreveu a teoria transcultural e defendeu que a enfermagem deve considerar as crenças e os valores culturais das pessoas, dando a elas identificação singular, individual e pessoal (LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006; GEORGE, 2000; SANTOS, 2001).

Jean Watson 1940... – A Teoria do Cuidado Humano foi sendo articulada em 1979 derivou de Leininger, seguiu a fenomenologia existencial. Formulou a teoria do cuidado/cura, afirma que o cuidado é a essência da enfermagem, acredita que a interação cliente/enfermeiro é permeada por sentimentos, emoções, troca de energia e afeto. Esta teoria é apresentada como um futuro modelo para a prática de enfermagem (LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006; GEORGE, 2000; SANTOS, 2001).

Rosemarie Rizzo Parse – sua proposta foi publicada em 1981, com a Teoria do Vir-a-Ser-Humano, sua teoria derivou dos princípios de Martha Rogers, sintetizando-os com o existencialismo e a fenomenologia de Heidegger, Merleau-Ponty e Sartre. Entende o humanismo como oposto ao positivismo (LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006; GEORGE, 2000).

Joyce Fitzpatrick - Em 1983 foi publicada a Teoria Rítmica de Enfermagem, baseada em Martha Rogers. A autora referia que o desenvolvimento humano ocorre no contexto da interação homem – meio, em padrões de tempo, movimento e consciência. Para ela, a compreensão da existência humana é central para a enfermagem (LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006; GEORGE, 2000).

Helen Erickson; Evelyn Tomlin e Mary Ann Swain – As autoras propuseram a Teoria da Modelagem e Modelagem de Papel, em 1983 e baseou-se em Erickson, Maslow, Selyee, Engel e Piaget - a teoria da modelagem de papel, tem o objetivo de compreender o modo como os clientes estruturam seu mundo. A enfermagem era um modelo de autocuidado, baseado na percepção e na adaptação aos estressores (LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006; GEORGE, 2000).

Joan Rihel Sisca – em 1985 publicou a Teoria da construção do Auto conceito com uma síntese de Mead Rose e Erickson, usando a interação simbólica como forma de relação enfermeiro-cliente. A autora apontava para uma filosofia do significado, e a comunicação é o principal ingrediente da interação (LEOPARDI, 1999).

Margaret Newman – A Teoria da Saúde como Consciência Expandida, foi apresentada em 1986, derivou do trabalho de Rogers, diz que a enfermagem não é promover bem – estar ou prevenir doença, mas ajudar a pessoa a usar o poder próprio através de um alto nível de consciência, para manter o processo vital (LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006; GEORGE, 2000).

Anne Boykin e Savina Schoenhofer – Em 1993, foi apresentada pelas autoras a Teoria Geral de Enfermagem como cuidado solidário, cujo enfoque estava nas pessoas nutridoras, vivem e crescem na solidariedade. A enfermagem era a resposta para a necessidade do ser humano de ser reconhecido como solidário e a enfermeira deveria conhecer o indivíduo como tal e agir para apoiá-lo na vivência e neste crescimento (GEORGE, 2000).

Janet Yonger – A proposta da Teoria do Controle do Estresse foi apresentada em 1995, a teoria explica os mecanismos como o sofrimento afeta o sentido de um indivíduo no meio em que vive e nas suas relações com os outros (LEOPARDI, 2006).

Como se observa são dezenas de teorias desenvolvidas e utilizadas em todo o mundo, apresentam conceitos, definições e de modo geral influencia o agir dos enfermeiros, que passou de um modo tecnicamente determinado e organizado para a aplicação de princípios científicos e referenciais teóricos no seu fazer.

As teorias, os conceitos e as definições estão em desenvolvimento, porém com nova abordagem, sendo as necessidades do ser humano - o ponto central do saber fazer do enfermeiro.

A importância das teorias

Os conceitos e suas definições são essenciais para a compreensão de uma teoria, a qual além de alterar o modo de pensar, saber e fazer enfermagem e guia o

agir do enfermeiro no cuidar (GEORGE, 1993). Dessa forma, a teoria clarifica, abre horizontes e indica caminhos para o pesquisador, dá sentido aos resultados obtidos e direciona a prática cuidativa. A teoria é aplicada na prática, que a legitima:

O propósito de uma teoria é apresentar uma visão sistematizada de um fenômeno e para isso deverá apresentar um grupo de conceitos, suas definições e a articulações entre eles de forma a consistir em uma construção sobre um determinado fenômeno (ZAGONEL, 2006, Slide nº15).

As teóricas de enfermagem desenvolvem teorias advindas dos conhecimentos científicos, das experiências vivenciadas, da formação acadêmica, que são incorporados nos diferentes contextos, tendo como norte elevar o nível de cientificidade da profissão. Para Trentini (1991, p. 3),

[...] toda teoria é derivada de um marco conceitual, pois para construí-la, inevitavelmente inicia-se com o marco conceitual, descrevendo crenças, valores, definindo conceitos para a partir daí desenvolver a teoria.

O estudo das teorias que fundamentam a prática apresenta-se como alternativa na melhoria do nível de exigência em relação ao processo de cuidar. Também o confronto das concepções⁴ alternativas e das científicas favorece a construção de conceitos, em níveis cada vez mais elevados, contribuiu para um cuidar fundado nesses conhecimentos, porém, sem descuidar dos aspectos éticos, espirituais, sociopolíticos e econômicos.

Nas teorias de enfermagem há pressupostos, proposições e conceitos, denominados de marco conceitual, que direcionam o processo de cuidar. São conceitos teóricos articulados com os específicos da pesquisa, são o fio condutor da prática cuidativa que consta dos metaparadigmas de enfermagem, o ser humano, enfermagem, processo saúde-doença e ambiente.

⁴ Concepções: maneira de conceber ou formular uma idéia original, um plano, posterior realização, noção, idéia conceito compreensão. (FERREIRA, 1986, p. 445). Científico: relativo a ciência, método científico, rigor da ciência. (FERREIRA, 1986, p 404) Alternativa: que vem ora um, ora outro, alternado, sucessão de duas coisas opção entre duas coisas. (FERREIRA, 1986, p. 92).

2.2 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

A teoria de Wanda de Aguiar Horta foca as necessidades humanas básicas. Seus elementos constitutivos explicam, fundamentam e dão sentido às realidades no ambiente de algumas instituições brasileiras. Inicia-se esta apresentação como uma breve biografia da referida teórica.

Wanda Aguiar Horta: Sua vida, sua história

Wanda nasceu em 11/08/1926, em Belém – PA. Filha de militar, obteve a certificação em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo USP, em 1948. Continuou seus estudos e, em 1953, recebeu o diploma de Licenciada em História Natural, na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade do Paraná. Em 1962, sua Pós-Graduação foi em Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem, pela Escola de Enfermagem da USP. Fez o Doutorado em Enfermagem e Livre Docência em Fundamentos de Enfermagem na Escola de Enfermagem Ana Néri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, recebeu a certificação em 31 de outubro de 1968. Exerceu a Livre Docência na Universidade de São Paulo, após aprovação em concurso que lhe oportunizou o título de professor adjunto (HORTA, 1973).

Com o seu saber realizou inúmeras palestras e conferências, ministrou cursos na área da saúde, participou ativamente em orientações de dissertações de mestrados e teses de doutorado. Com auxílio da bolsa estudo, Wanda realizou viagens a Portugal, Espanha, Bélgica, Itália, Suíça e Estados Unidos (LEOPARDI, 1999).

A teórica Horta faleceu em 15/06/1981, com cinquenta e cinco anos, deixando inúmeros estudos. Seus textos, artigos e os livros foram considerados inovadores, estimulantes e complexos para a época. Morreu sem ter sua teoria totalmente validada.

A Contribuição de Horta para a Enfermagem Brasileira

Além das qualificações anteriormente citadas, em 1970 Wanda de Aguiar Horta publicou “Contribuição a uma teoria sobre enfermagem”, obra que foi considerada um marco no processo de modernização da enfermagem. Em continuidade aos seus estudos, em 1971 escreveu sobre a “Metodologia do processo de enfermagem” e, no mesmo ano, “A observação sistematizada como base para o diagnóstico de enfermagem”, artigos que foram publicados na Revista Brasileira de Enfermagem. Elaborou o resumo da XXIV Reunião anual de Ciência e Cultura em São Paulo, continuou seus estudos e, em 1979, publicou o livro “Processo de Enfermagem”, tendo a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos.

Organizado em três partes, o referido livro reuniu os escritos de Horta publicados anteriormente. Na primeira parte, que trata da Filosofia da Enfermagem, a autora evidencia seu entendimento de que Filosofia é “pensar a realidade”; na segunda parte, ela descreve o Processo de Enfermagem; e, na terceira, apresenta o aplicativo do Processo de Enfermagem. Seus estudos, publicados em textos, artigos e livros que têm como aspecto central o processo de enfermagem e a metodologia da assistência, foram utilizados em muitas Instituições de ensino de Enfermagem.

Os escritos de Horta oportunizaram o desenvolvimento da enfermagem e a difusão das Teorias de Enfermagem. É importante ressaltar que, segundo Garcia e Nóbrega (2004, p. 228) “as teorias de enfermagem selecionam, definem e inter-relacionam conceitos representativos de fenômenos que estão em domínio de interesse da profissão”.

Horta apresenta sua teoria apoiada nas três leis que regem os fenômenos universais, sendo a primeira a lei do equilíbrio - homeostase ou homeodinâmica “[...] todo o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os seus seres” (HORTA, 1979, p 28).

A segunda lei é a adaptação, que considera “[...] todos os seres do universo interagem com o seu meio externo buscando sempre formas de ajustamento para se manterem em equilíbrio” (HORTA, 1979, p. 28).

A terceira lei é a do holismo: “[...] universo como um todo, o ser humano é um todo, a célula é um todo não é mera soma das partes constituintes” (HORTA, 1979, p. 28).

A teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta é o modelo teórico mais conhecido e utilizado em nosso país. A autora fez uso da teoria da motivação humana, de Maslow, que é fundamentada nas Necessidades Humanas Básicas, que são consideradas, na ciência da enfermagem, como os entes⁵ da enfermagem.

Maslow classificou as necessidades humanas básicas em cinco níveis: necessidades fisiológicas; segurança; amor; estima e auto-realização. Todavia, Horta prefere utilizar a classificação de necessidades proposta por João Mohana em três grandes dimensões: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. As duas primeiras são comuns aos seres vivos nos diversos aspectos de sua complexidade orgânica, porém a psicoespiritual é característica do homem no contexto atual (HORTA, 1979).

As necessidades psicobiológicas são as seguintes: oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercício e atividade física, sexualidade, abrigo mecânica corporal, mobilidade, cuidado corporal, integridade cutâneomucosa, integridade física, regulação, térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular, locomoção, percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa, ambiente, terapêutica (HORTA, 1979).

São necessidades psicossociais: segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e no espaço, aceitação, auto-realização, auto-estima, participação, auto-imagem, atenção.

Em número bem menor estão as necessidades psicoespirituais, que são: religiosa, ética ou de filosofia de vida (HORTA, 1979).

Configuram-se como características das necessidades humanas básicas, são latentes, universais, vitais, flexíveis, constantes, infinitas, cíclicas, interrelacionadas, dinâmicas, energéticas, hierarquizadas, têm peculiaridades individuais; são resultantes da interação meio interno e meio externo (HORTA, 1979).

As necessidades são universais e estão inter-relacionadas, porém cada ser humano as expressa de maneira diferente, dependendo da situação socioeconômica

⁵ O sentido atribuído por Horta (1979) ao termo ente pode ser compreendido como algo essencial ou substancial à sua teoria.

e cultural, nível de escolaridade, ambiente, história de vida e idade, dentre outros fatores (HORTA, 1979).

É fundamental que o enfermeiro entenda o ser humano como um todo corpo, mente e espírito. Quando o corpo ou a mente sofre, a pessoa é afetada em sua totalidade. Não se deve, portanto, focar apenas as partes que a incomodam; ela precisa ser valorizada nos seus aspectos sociais, emocionais, para que o seu processo de atendimento torne-se individualizado e humanizado.

Horta propunha o Processo de Enfermagem como forma de organização e direcionamento da assistência de enfermagem em seis etapas, quais sejam: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição, evolução e o prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979).

A expressão “Processo de Enfermagem” foi empregada pela primeira vez por Ida Orlando (1961), para explicar o cuidado de enfermagem. Sua utilização foi iniciada nos Estados Unidos e Reino Unido; na década de 70, quando chegou ao Brasil, invadiu as escolas de enfermagem e contribuiu para o modelo assistencial de Horta (HERMIDA, 2004).

Segundo Horta (1979, p. 35), processo de enfermagem “é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano”. Para George (1993, p. 24), o processo de enfermagem “pode ser definido como uma atividade intelectual deliberada por meio do qual a prática da enfermagem é abordada de uma maneira ordenada e sistemática”.

Observa-se que o conceito apresentado por Horta em 1979 é ainda atual e tem afinidade com o conceito de George (1993). O processo de enfermagem é o instrumento de trabalho da enfermeira, e o fazer de forma ordenada e sistemática a prática assistencial, oportunizando a esse profissional pensar o seu fazer.

Muitas instituições utilizam os conceitos de Horta, visam respaldar cientificamente o processo de enfermagem, apesar de que para as positivistas Horta não desenvolveu uma teoria, porém é reconhecida por sua proposição conceitual, a qual fundamenta a prática de enfermagem, principalmente nos projetos da SAE LEOPARDI (2006). Neste estudo os enfermeiros sujeitos da pesquisa elegeram Horta de Aguiar Horta para sustentar cientificamente a sua prática.

Conceitos para Guiar o Agir do Enfermeiro

Enfermagem

Ao definir enfermagem, Lacerda (1996, p. 54) entende que

[...] enfermagem existe quando o ser enfermeiro se aproxima de ser cliente e cuida. Não existe enfermagem sem receptor e vice-versa. A vinculação entre ambos provoca um acontecer, um transformar, uma relação transpessoal, havendo um começo, meio e fim no desenvolvimento desta relação.

Para Orem *apud* Leopardi (1999 p. 78).

Enfermagem é um serviço, uma arte e uma tecnologia. Como serviço ajuda os seres humanos no desempenho de ações deliberadas e desempenhadas pelo enfermeiro, mantendo ou alterando sua própria competência ou o ambiente. Como arte, é a habilidade de assistir pessoas na gerência do autocuidado e, como tecnologia, refere-se ao conjunto de informações sistematizadas para a obtenção de resultados.

De acordo com Horta (1979, p. 29), Enfermagem

É a ciência e a arte de assistir ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

As autoras destacam vários aspectos essenciais ao conceito de Enfermagem, ressaltam o vínculo estabelecido entre enfermeiro e indivíduo, pontuam aspectos relacionados à ciência, arte, serviço, tecnologia para o alcance de resultados variados.

Ser humano

Dorothea Orem reconhece o ser humano como o indivíduo que “é um todo integrado, composto de uma natureza interna física, psicológica e social com graus variados de habilidades de autocuidado” (PAIM, 1998, p. 29).

Para Horta (1979, p. 28), o Ser Humano

[...] se distingue dos demais seres do universo por sua capacidade de reflexão, por ser dotado do poder de imaginação e simbolização e poder unir presente passado e futuro. Estas características do ser humano permitem sua unicidade, autenticidade e individualidade.

Segundo as autoras, o ser humano compreende inúmeras dimensões, complexas e interligadas, as quais devem ser contempladas ou compreendidas na prática de cuidar.

Ambiente

De acordo com Horta (1979), ambiente “é tudo o que rodeia ou envolve os seres vivos”.

Para Torres *apud* George (1993, p. 39), “o ambiente é visto como todas as condições e influências externas que influenciam a vida e o desenvolvimento de um organismo, sendo capaz de prevenir, suprir ou contribuir para a doença ou a morte”.

Segundo Cross *apud* George (1993, p. 232),

[...] ambiente é dinâmico e representa a mobilização inconsciente por parte do cliente de todas as variáveis do sistema, o que inclui os fatores de energia da estrutura básica, na busca de integração do sistema, da estabilidade e da integridade.

O desenvolvimento e a vida do ser humano sofrem influências externas que de forma inconsciente mobilizam o sistema do paciente, ativam mecanismos na busca da recomposição integral desse sistema, garantem a sua estabilidade e

equilíbrio. Por outro lado, contribuem para o agravamento da doença ou a morte, caso os fatores de energia da estrutura básica não sejam eficazes nessa integração dinâmica.

Necessidades humanas básicas

Segundo escritos de Horta (1979, p. 39) necessidades humanas básicas são: “[...] estados de tensão conscientes ou inconscientes resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais”.

Necessidades Humanas Básicas “são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais” (LEOPARDI, 1999, p. 81).

Entende-se por necessidade básica as dimensões de fragilidade que acometem o paciente que apresenta uma doença que o afeta como um todo em diferentes aspectos (no físico, no psiquismo), acarreta fragilidade emocional e interfere assim nas atividades cotidianas do viver, sobreviver, trabalhar e conviver. Esse desequilíbrio, advindo das carências em relação às necessidades humanas básicas, necessita do assistir e do cuidar da enfermeira.

Assistir

De acordo com Horta (1979, p. 30), o cuidar ou o assistir em enfermagem “[...] é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar; e encaminhar a outros profissionais”.

Cuidar/ Cuidado

Dra Wanda definiu cuidado de enfermagem como “ação planejada, deliberada ou automática do enfermeiro, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano” (HORTA, 1979

p.36). Segundo a autora (1979, p. 31), “todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação”.

Para (Boff, 1999, p. 33):

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Os autores citados focam aspectos essenciais ao cuidar, cuja abrangência extrapola os aspectos físicos. Pautados em conhecimentos científicos, eles buscam desenvolver o autocuidado, prevêm atenção às várias dimensões do cuidado, orientação, supervisão, encaminhamento, entre outros.

Saúde/ Doença

De acordo com Horta (1979, p. 29), “estar com saúde é estar em equilíbrio dinâmico no tempo e espaço”. Para Leopardi (1999, p. 83), “saúde é estar em perfeito equilíbrio espaço-temporal com todo o universo”.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde “saúde é um estado de completo bem estar físico mental e social” (LEOPARDI, 1999, p. 212).

Segundo a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) “saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 118).

A saúde deve ser compreendida em relação ao espaço e tempo em que o homem vive; depende dos valores e dos objetivos originados da sua história de vida, da interação com o outro e da troca de energia com o ambiente.

De acordo com Horta (1979, p. 29), “as necessidades não-atendidas ou atendidas inadequadamente trazem desconforto, e se este se prolonga é causa de doença”.

Nightingale *apud* Leopardi (1999, p. 72) afirma: “a doença é um processo restaurador, que traduz um esforço da natureza para corrigir um processo de envenenamento ou de desgaste iniciado, dias, meses ou anos antes”.

Autocuidado

De acordo com Orem *apud* Leopardi (1999, p. 75), “autocuidado é a prática de cuidados executados pelo indivíduo portador de uma necessidade, para manter-se com vida, saúde e bem estar”.

Cuidador

Ser cuidador é perceber o outro como ele se mostra em seus gestos, isto é no não verbal, nas falas, na sua aflição e restrição, pois por trás de cada situação física de doença, existe uma história de vida que pode ser percebida em muitos detalhes (SILVA; GIMENES 2000).

Infere-se que, na perspectiva dos autores, o cuidador necessita ascender a um nível de consciência e de ação mais elevado, pois a prática profissional exige um profundo conhecimento de si mesmo e do outro: o cuidador discerne os sentimentos e coloca-se no lugar do paciente, tem por princípio a técnica, política e humana.

Portanto, transportar esses conceitos para a prática é uma tarefa árdua que exige que toda equipe de enfermagem esteja familiarizada com eles. Exige, também, o uso de um modelo assistencial, denominado neste estudo de SC.

Entende-se que a ciência e os seus conceitos não são mutáveis; por sua vez, as concepções alternativas apresentam-se como atributos científicos e, às vezes, o senso comum prevalece.

2.3 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E NA ENFERMAGEM

Vivenciam-se inúmeras transformações advindas do processo de globalização da economia, que tem por base a microeletrônica na base técnica da produção e influência as relações econômicas, sociais e a vida pessoal e profissional dos indivíduos (LEOPARDI, 2001).

A globalização se instalou lenta e gradativamente, substituiu os antigos modelos de produzir riquezas, fundados no modelo Taylorista e Fordista, no qual cada indivíduo deveria desempenhar determinada função para a produção de um bem.

Esse modelo, baseado na fragmentação do trabalho, substituiu o modelo artesanal, no qual o homem idealizava um objeto, um bem de que ele necessitava, planejava a sua execução, adquiria a matéria prima necessária (quase sempre por troca) e executava o planejamento. Ao final, ele passava a ter um bem pensado, executado, enfim, produzido por ele.

Com o modelo Taylorista e Fordista, o homem passou a ser o executor das idéias de alguém. O resultado do seu trabalho é indiferente, mesmo porque não lhe pertence e ele desconhece o resultado final. O fundamento desse modelo é que se cada um fizesse uma parte, a quantidade de bens produzidos seria muito maior, assim como o lucro resultante do processo. O homem restringiu-se a executar a sua parte nesse processo, desconhece o produto dos seus esforços e sua destinação (PIRES, 1998).

De acordo com o modelo Taylorista e Fordista, muito pouco se exigia em termos da educação do indivíduo, bastava que ele soubesse ler e escrever, principalmente para realizar as tarefas contidas nos manuais para operar máquinas. Muito pouco se requeria em relação à educação, à formação do indivíduo. Era até desejável que ele não recebesse instrução alguma, além do treino, para não desenvolver o espírito crítico, que o fizesse questionar.

Bastava, portanto, que a escola treinasse o aluno para desempenhar as tarefas rotineiras. Porém, a educação, ao instruir, fornece elementos que se transformam em instrumentos de cidadania.

Também a enfermagem, ao longo de sua trajetória, foi conceituada como trabalho e prática social que utiliza conhecimento e habilidades específicas,

construídas e organizadas na divisão social e técnica do trabalho da saúde. Possui amparo na legislação, que indica a equipe de enfermagem composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem habilitados para desenvolver atividades sobre uma divisão social e histórica de trabalho.

A profissão tem incorporado ao seu fazer novas concepções para avançar com as suas práticas e atender às demandas de saúde e de qualidade de vida da população, as quais surgem continuamente. Os profissionais exercem sua prática a partir de saberes próprios que, em última instância, objetivam transformar o processo saúde-doença por meio de processos de trabalho assistencial, de administrativo, de ensino e de pesquisa (PEREIRA, 2001).

O processo de trabalho da enfermeira sofre determinações históricas, legais, culturais, mas também, pela sua dinamicidade e necessidade reconhecida, vem ao longo dos anos construindo formas alternativas de melhorar as ações desenvolvidas pelas reflexões da prática, influencia a melhoria da qualidade de vida da população e transforma o processo saúde-doença.

As conseqüências da evolução do processo de trabalho como transformação avançam, mas também trazem à tona questões contraditórias, passíveis de interrogações e dúvidas (MARX, 1987).

A existência e identificação de determinantes no processo de trabalho da enfermeira apresentam relações entre o trabalho dos profissionais da saúde e o contexto do qual eles fazem parte, nos processos organizacionais que são passíveis de influências externas.

A enfermagem como profissão faz parte do contexto econômico, político, social e cultural, que determina suas práticas e condicionam seu processo de trabalho.

De acordo com Horta a enfermagem é parte integrante da equipe de saúde. Sendo assim, os elementos do seu processo de trabalho são os mesmos utilizados na saúde. Para Schoeller (2002) os elementos do processo de trabalho do enfermeiro são objeto, instrumentos e a finalidade, que devem estar vinculados à prática.

Entendo que o objeto de trabalho é o ser humano e o objeto epistemológico de enfermagem é o cuidado e os instrumentos são os princípios científicos, os saberes da profissão, os materiais, os equipamentos, a área física das instituições de saúde e como finalidade o atendimento de qualidade as necessidades

biopsicossociais, tendo como produto o cuidado produzido e consumido ao mesmo tempo.

O processo de trabalho do enfermeiro apresenta atuação no cuidado, na gerência, no ensino e na pesquisa, sendo que os elementos se articulam e o compõem para serem desenvolvidos em inúmeras instituições públicas, privadas e filantrópicas.

O período atual, século XXI, é representado pela globalização, pelo neoliberalismo e pós-neoliberalismo. Na atualidade, a globalização afeta os processos de trabalho das profissões e das sociedades pelo avanço da tecnologia, da comunicação, redução das fronteiras, das distâncias. Mas, ao mesmo tempo, dá margem ao transitório e ao incerto.

O processo de trabalho da enfermagem não é dissociado do contexto social, pois ambos determinam e são determinados. A partir disso, novos paradigmas surgem e com eles as reflexões a respeito dos processos de trabalho das profissões da área de saúde. Essas transformações poderão instaurar novos espaços e tempos para a prática da enfermagem e, assim, contribuir para a construção de uma nova história.

2.4 FRAGMENTOS DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA ENFERMAGEM

Florence Nightingale fundou em 1860, na Inglaterra, uma escola para enfermeiras que passou a ser referência para outras instituições. O ensino nightingaleano previa que a atividade de enfermagem só deveria ser exercida por mulheres preparadas, como "*nurses*" (responsáveis pelas atividades manuais) ou como "*ladies nurses*" (responsáveis pelo ensino, supervisão e administração de enfermagem) (NIGHTENGALE, 1989). Diante disso, esse sistema de trabalho de enfermagem tornou-se fragmentado pela diferenciação de atores.

Florence estabelecia o trabalho de enfermagem em consonância com as orientações médicas, o que marcou um modelo disciplinar. "Treinamento é capacitar a enfermeira para agir melhor na execução de ordens, é torná-la não servil, mas fiel às ordens médicas de autoridades" (NUTTING E DOCK *apud* ALMEIDA; ROCHA, 1989, p. 45).

A preocupação era com a execução das tarefas, que seguem um modelo estabelecido de obediência irrestrita às orientações médicas recebidas, ressaltam a fidelidade, não servilidade. A contradição fica evidente nos conceitos de não servilidade e de obediência irrestrita. A autora apresenta uma concepção de racionalidade técnica, na qual uns pensam e outros executam, e o cuidar não era valorizado. A primazia era o cuidado com a higienização do ambiente.

Os acontecimentos e a trajetória histórica da profissão determinam modelos que condicionam as práticas, as concepções e os saberes da enfermagem e, conseqüentemente, apresentam características forjadas nos séculos passados para a atualidade. A profissão tenta desvencilhar-se desses modelos, busca alternativas para adequar-se à evolução dos avanços na área da saúde.

A história da enfermagem, por sua característica dinâmica, mostra-nos que o cuidado dispensado aos doentes sofreu modificações ao longo do tempo, no que se refere à pessoa do cuidador. A evolução com ênfase no processo de cuidar modificou as concepções nessa área, porém, muitas práticas ainda hoje vigentes apresentam os resquícios da trajetória histórica da enfermagem, nos diferentes contextos.

No Brasil Colônia, os cuidados dos doentes eram executados pelos familiares e pelos jesuítas auxiliados por indígenas e escravos, os quais não possuíam nenhum embasamento científico (SANTOS FILHO, 1991). A população, em geral, era atendida por religiosas, ou prostitutas que prestavam atendimento baseado no senso comum, na experiência, nos ensinamentos, nos saberes passados de geração a geração.

Em 1917, a organização dos trabalhadores em categorias contribui para a criação dos institutos de aposentadorias e pensões, reforçava o estabelecimento de uma política de saúde com vista à assistência curativa, em detrimento da saúde pública.

Somente em 1920, com a vinda para o Brasil de enfermeiras americanas por iniciativa do Dr. Carlos Chagas, então Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, criou-se a escola de enfermagem denominada Ana Nery, no Rio de Janeiro, fundamentada no modelo de "Nightingale", precursora dessa profissão.

Em meados de 1940, com a industrialização e urbanização crescentes, exigia-se maior atuação e qualificação dos enfermeiros para dar atendimento

especializado à comunidade. Na década de 50, com os avanços tecnológicos, ocorreu a maior consolidação da profissão.

No Brasil, desde a década de 60, Horta, dentre outras teóricas, trouxe com seus escritos, grande avanço no desenvolvimento da enfermagem brasileira principalmente quando publicou o trabalho “Contribuições de uma teoria sobre enfermagem” um marco no processo de modernização da profissão.

Na década de 70 ocorreu à ampliação e expansão da profissão resultantes do incremento de escolas enfermagem no País e início da produção do conhecimento científico brasileiro nesta área. Nos anos de 80 muitos cursos de graduação em enfermagem passaram a ofertar programas de pós-graduação, o que determinou uma nova perspectiva de pesquisa.

A associação do conhecimento técnico–científico e a aproximação da teoria com a prática, acrescidas de uma abordagem interdisciplinar, deveria ser o modelo de trabalho vigente. Porém, muitas vezes, esse modelo ainda se torna uma meta a ser concretizada.

Segundo Boff (1999), o ser humano é cuidado; e sem cuidado, deixaríamos de ser humano, o que faz com que se espere que todo o ser humano se cuide e cuide de tudo e de todos. Portanto, cuidar é um valor fundamental e um ideal comum a todos os seres humanos. Quando o verbo cuidar é aplicado à enfermagem, é usado no sentido de zelar pelo bem estar ou pela saúde de alguém. O cuidar indica um processo de trabalho que ocorre por meio da realização de um modo de fazer fundamentado em um modo de pensar – o processo de enfermagem.

Foi Hall (1955) quem definiu o cuidar em enfermagem como um processo. A autora entende o processo de enfermagem como um instrumento metodológico que nos possibilita identificar, compreender e descrever habilidades e capacidades cognitivas (pensamento, raciocínio), psicomotoras (físicas) e afetivas (emoções sentimentos e valores).

Neste século, a enfermagem enfrenta inúmeros desafios com relação ao cuidar. O primeiro desafio diz respeito a especialidades como: o cuidado domiciliar, o cuidado ao cuidador, cuidado com a dor, com as ostomias, com as lesões de pele, dentre outras. O segundo desafio é a competição com outras profissões, porém é imprescindível assegurar que o enfermeiro especialista mantenha o vínculo com a enfermagem enquanto profissão. O terceiro desafio é o de dominar as novas tecnologias. Segundo Meier (2004, p. 6), tecnologia:

[...] compreende o saber (conhecimento científico, ciência), o fazer (prática, conhecimento prático, habilidade, destreza manual) e é entrelaçada por aspectos comunicacionais, sociais, biológicos, espirituais, emocionais, intuitivos e culturais [...] [os quais auxiliam na prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos à saúde].

O quarto desafio é a respeito da administração de enfermagem: surge uma nova forma de administrar, na qual os gerentes assumem papéis de facilitadores, mentores, formadores de equipes, consultores, comunicadores, “[...] agentes inovadores e transformadores da sua realidade, inseridos e valorizados no mundo do trabalho”, (PERES, 2006, p. 224). Mantém-se assim o cuidado com o núcleo de atuação da enfermagem, que é voltado ao bem estar do ser humano.

O futuro já é presente e construir esse presente-futuro é uma ação histórica, portanto, um exercício coletivo e global. A enfermagem nesse contexto complexo e indefinido se constrói enquanto arte e arte de cuidar.

2.5 SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO – SC

O cuidado humano prioriza o eu como ser existencial e a sua condição de estar inserido num contexto maior, pois o cuidar de si, dos outros e do universo está diretamente relacionado à preservação da vida e da dignidade humana. Assim, tendo essa atitude como compromisso, é que se chegará ao bem-estar geral, que permite uma construção sensível da história, do conhecimento e da vida (WALDOW, 1998).

Esse processo exige da enfermeira habilidades e destrezas afetivas, cognitivas e motoras para observar, valorar, decidir, realizar e interagir com a equipe multiprofissional. Faz-se necessário o conhecimento das ciências biológicas, sociais e até mesmo das questões comportamentais.

Todos esses conhecimentos são indispensáveis para ajudar o paciente a alcançar seu potencial máximo de saúde e o profissional se vale da aplicação da SC para efetivar esse cuidado.

A SC é uma metodologia ordenada para obter informação e identificar os problemas do indivíduo, da família e da comunidade; visa planejar, executar e avaliar

o cuidado de enfermagem. Porém, sua criação e implementação são recentes na enfermagem.

Historicamente, a enfermagem executa o seu fazer com base em normas e rotinas estabelecidas, sem reflexão de sua atuação mesmo com as modificações da clientela, dos avanços organizacionais e tecnológicos. A prática segue o modelo biomédico, o enfoque primordial é a doença e a busca da sua etiologia. O enfermeiro aprende a assistir com base na doença, executa ordens, obedece a regras, realiza procedimentos padronizados que tornam sua assistência repetitiva e massificada.

Essa problemática será minimizada por meio de uma assistência que oportuniza ver o ser humano na sua totalidade, valoriza os aspectos espirituais, emocionais e sociais, e não apenas a doença e a sua causa.

Há necessidade de que os enfermeiros busquem um corpo de conhecimento próprio, um método de trabalho que possibilite a eles o pensar o seu fazer e que esse fazer seja fundamentado cientificamente.

Normalmente as teorias de enfermagem têm como objetivo prestar assistência sistematizada, organizada e documentada, permitem a formalização das ações realizadas pelas enfermeiras (CUNHA; BARROS, 2005).

Ao relacionar as teorias com a prática constroem-se modelos assistenciais. Atualmente, existe grande influência das teorias e dos modelos assistenciais na enfermagem brasileira. O Processo de Enfermagem (PE), que é descrito na literatura como um método para sistematizar os cuidados de enfermagem, é um modelo clínico, fundamentado no método científico que reflete os conceitos teóricos na assistência ao cliente. Segundo Horta (1999, p. 31), PE é “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano”.

Horta, em 1979, apresentou seu modelo assistencial, o PE, em seis etapas: histórico, diagnóstico, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico.

O método assistencial tem recebido denominações tais como: Sistematização da Assistência de Enfermagem, Metodologia da Assistência de Enfermagem, Processo de Enfermagem. Neste estudo, será utilizada a denominação SC. Independente da terminologia usada, é o método que organiza a assistência de enfermagem, auxilia na tomada de decisão e propicia ao enfermeiro olhar as reais necessidades do ser humano (MARIA; MARTINS e PEIXOTO 2005).

A SC é um método científico, uma metodologia de trabalho da enfermeira, com o qual ela organiza a assistência de enfermagem, planeja o seu fazer, executa

cuidados e avalia a assistência prestada. Concordo com Carraro, Westphalen (2001, p. 2) que a SC “é a instrumentalização necessária para que o enfermeiro planeje científica e sistematicamente as ações da equipe de enfermagem”.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução COFEN 272/2002, dispõe sobre a SAE apoiando legalmente a implantação dessa prática nas Instituições de Saúde de nosso país. No artigo 3º estabelece que a metodologia deve fazer parte do prontuário do cliente/paciente/usuário, contempla as seguintes etapas: Histórico de Enfermagem Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição, Evolução e Relatório de Enfermagem.

O conhecimento não é algo estático ou apenas admirado, mas sim um mecanismo de ação que possibilita ao ser humano inteirar-se da realidade, na busca de melhores condições de vida, de trabalho, dentre outros aspectos. O ser humano necessita de diversos tipos de conhecimentos para interpretar e explicar a si mesmo e ao mundo.

O conhecimento científico tem assumido uma posição de destaque e predomínio perante o senso comum, o religioso e o filosófico. Nem por isso pode-se afirmar que os demais conhecimentos sejam irrelevantes. Existe uma interação de conhecimentos em permanente diálogo e confronto. Produzidas por meio da pesquisa e da teoria, essa interação permite a compreensão e a explicação de fenômenos, visa reduzir o desconhecido ao conhecido.

Nesse contexto, busca-se estabelecer o diálogo e o confronto entre os conhecimentos científicos e os conhecimentos advindos do senso comum, construídos pelo cotidiano dos sujeitos. Esses sujeitos percebem o mundo por meio das suas próprias concepções, formadas pelos *habitus* incorporados ao longo da vida. Muitos deles têm dificuldade em transitar das suas próprias intuições para as concepções científicas que, neste estudo, fundamentam a SC.

A SC caracteriza-se por ser um processo interativo. Envolve experiência de vida e morte, portanto os enfermeiros necessitam de conhecimentos científicos, habilidades técnicas, atitudes, posturas éticas, intuição, generosidade e sensibilidade. O cuidado não é somente prescritivo, mas vivido, sentido e esperado. A exploração de seus significados, da valorização e do reconhecimento social deve iniciar-se na enfermagem, para tornar-se um valor, uma filosofia de profissão e de vida.

Na verdade, a SC é compreendida como um método específico e científico aplicado com vistas à solução de problemas na prática de enfermagem, pois favorece o conhecimento, relaciona a teoria com a prática e proporciona aos enfermeiros ação e reflexão, por meio do raciocínio e julgamento clínico. Conseqüentemente, existe uma autonomia profissional.

A SC de enfermagem proporciona à equipe de enfermagem um fio condutor para o cuidado e auxilia no processo decisório do enfermeiro.

2.6 CONCEPÇÃO TECNOLÓGICA DA SC

A globalização permite uma nova ordem no mundo, uma integração dos homens, independentemente dos países onde vivem, faz atravessar fronteiras nacionais, integra, conecta comunidades e organizações.

Para enfrentar a globalização é necessário que a Enfermagem tenha um perfil de politicidade, com alto grau de desenvolvimento científico, tecnológico e social.

O avanço tecnológico assume papel importantíssimo no cuidar, pois as exigências são numerosas, o trabalho tornou-se complexo e, para dar conta da sua compreensão é urgente a tarefa de redimensionar as prioridades na formação do enfermeiro. É imprescindível que ele seja capaz de assumir responsabilidades sociais, tenha raciocínio abstrato, espírito de cooperação, respeito aos diferentes saberes, exerça liderança, saiba trabalhar em grupo, compreenda as diferentes linguagens (inclusive a de computador e internet), desenvolva atitude investigativa em alto nível de criticidade e, principalmente, de criatividade. É preciso, também, que o enfermeiro saiba perceber e conduzir de forma diferenciada determinada situação e, assim, saiba fugir do lugar comum, para avançar e inovar.

Para acompanhar essas exigências, que avançam em ritmo acelerado principalmente na área da saúde, o enfermeiro deve ter o compromisso de avançar, por meio da apropriação da ciência e da tecnologia.

Na área da saúde o conceito de tecnologia está intimamente ligado ao senso comum, entendido como máquinas, equipamentos e materiais. Destaca-se a importância da busca do significado de tecnologia. Segundo Houaiss (2004, p. 711),

tecnologia é o [...] “conjunto de conhecimentos científicos, dos processos e métodos usados na criação e utilização de bens de serviços”. O conceito anteriormente citado utiliza a terminologia de método, o qual é utilizado como sinônimo de procedimento, técnica e prática. Sendo assim, tecnologia é muito mais do que equipamentos e matérias.

Entende-se que a tecnologia abrange o conhecimento teórico e prático, sendo o saber e o fazer, e que não deve ser reduzida a materiais e equipamentos.

Meier (2004) construiu o conceito tecnologia de enfermagem e utilizou o método de grupo focal realizado com enfermeiros, sendo que sua pesquisa culminou com o seguinte conceito:

A tecnologia de enfermagem compreende o conhecimento humano (científico e empírico) sistematizado, requer a presença humana, visa a ualidade de vida e se concretiza no ato de cuidar, considerando a questão ética e o processo reflexivo. Os materiais e equipamentos requerem conhecimentos agregados para sua aplicação, sendo assim considerados, tecnologia para a enfermagem (MEIER, 2004, p. 167).

No conceito anteriormente citado, a autora acrescenta à tecnologia de enfermagem às atividades humanas, à promoção da saúde, o processo de cuidar, às questões éticas e a reflexão do seu fazer. Adiciona ainda o conhecimento de materiais e equipamentos que serão necessários no cotidiano do enfermeiro.

Segundo Merhy (1997), a tecnologia classifica-se em três tipos: leve, leve dura e dura. A tecnologia leve valoriza a individualidade, a singularidade, o respeito os relacionamentos, as atitudes, o comprometimento, as responsabilidades, as experiências, os compromissos, os valores e as crenças, dentre outros fatores. A tecnologia leve dura representa o conhecimento científico no processo de trabalho em saúde. A tecnologia dura é constituída pelos recursos utilizados no cotidiano, tais como materiais e equipamentos, normas e estruturas organizacionais.

Entende-se que a SC compreende a tecnologia leve dura, pois envolve as relações enfermeiro x paciente, família, comunidade interna, comunidade externa, valorizando o vínculo; além disso, proporciona o cuidado integral, no entorno do paciente que está dependente de seus cuidados.

É fundamental que o enfermeiro alcance uma representatividade social, por meio da utilização da tecnologia como fundamento para o seu saber-fazer; adote

uma postura crítica frente ao contexto de sua prática; esteja mais presente nas posições de poder, para garantir decisões sociais e políticas no seu cotidiano, a fim de favorecer a visibilidade e a autonomia profissional.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A trajetória metodológica descreve o tipo de pesquisa, local, população, duração, técnica de coleta de dados, caminho percorrido, análise dos dados e questões éticas.

3.1 TIPO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, a qual é caracterizada por Bogdan e Biklern, *apud* Ludke e André (1986), por apresentar cinco características básicas, que são descritas a seguir.

A primeira característica é que a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento. O contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada lhe oportunizará presenciar o maior número de situações nas quais o fenômeno em estudo se manifesta.

A segunda característica refere-se aos dados coletados nesse tipo de pesquisa, que são ricos em descrição de pessoas, situações, acontecimentos e podem incluir transcrições de entrevistas, fotografias desenhos e análise documental. Todos os dados da realidade são considerados importantes. A terceira característica diz respeito a uma preocupação com o processo, que é muito maior do que o produto. O interesse do pesquisador ao estudar um determinado fenômeno é perceber como ele se manifesta nas atividades do cotidiano, nos procedimentos e nas interações.

A quarta característica é relativa ao significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida, o qual é foco de atenção especial do pesquisador. É necessário captar a compreensão dos partícipes sobre a questão em análise e o significado contribui para que isso aconteça.

A quinta característica destaca que a análise dos dados tende a seguir um processo indutivo. As hipóteses não são definidas antes do estudo. A questão norteadora consolida-se a partir das investigações.

A pesquisa de abordagem qualitativa envolve a obtenção de dados descritivos, coletados no contato direto do pesquisador com a questão estudada, e busca entender as perspectivas dos participantes. Nesse processo é imprescindível a conscientização e o comprometimento dos enfermeiros que vivenciam essas práticas e que, por isso, são capazes de problematizá-la. Buscam-se, assim, subsídios teóricos e da experiência do cotidiano, para projetar e programar uma práxis resultante de uma atividade profissional de caráter consciente e intencional.

Em função do objeto de estudo optou-se por uma abordagem qualitativa (conforme explicitada anteriormente), que de acordo com os objetivos propostos, caracteriza-se como pesquisa do tipo descritiva.

Segundo Rudio (1986), a função da pesquisa descritiva é narrar o que acontece, é descobrir e observar os fenômenos, descrevendo-os e analisando-os. Busca-se assim conhecer a natureza, a composição e os processos que constituem e configuram o fenômeno em estudo. Nesta pesquisa, buscou-se perceber o processo de construção da SC.

Com a finalidade de alcançar os objetivos propostos, o trabalho foi desenvolvido como um todo articulado. Porém, será apresentado em diferentes momentos, para favorecer a compreensão do leitor.

3.2 LOCAL

Neste estudo, a Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa – PR constitui o campo de pesquisa, pois se configura em um espaço social no qual existem regras de funcionamento e autonomia. É um hospital geral de médio porte, localizado no centro da e atualmente conta com 180 leitos e atende a região dos campos gerais, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), convênios e particulares. Do total de leitos, 115 são destinados ao SUS e 65 a particulares e convênios.

Os diferentes segmentos da enfermagem que nela atuam são identificados como área de interesse do estudo.

Várias fontes de informação e de registro foram consideradas para descrever o local de estudo. Os dados foram coletados no campo, Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa, lugar natural onde acontecem os fatos e fenômenos.

A Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa, segundo Heck (1965), recebeu as fundadoras do serviço de enfermagem: Irmã Calixtra Duc, auxiliada pelas Irmãs Blandina Orsi e Mathilde Durigam. As duas primeiras eram coristas – a irmã corista era responsável pelo ensino, supervisão, administração e o trabalho “mais intelectual”; e Irmã Mathilde era conversa – esta tinha responsabilidade doméstica, de trabalho braçal, semelhante, portanto às “*nurses*” e às “*ladies nurses*” de Florence.

O primeiro internamento nessa casa hospitalar ocorreu em 2 de fevereiro de 1913, sendo o paciente um jovem de 20 anos de idade, natural de Portugal, residente em Ponta Grossa, com diagnóstico de Paludismo (malária). Na época, os pacientes que procuravam a instituição eram de descendência europeia, como consta no primeiro livro de registros existente no Serviço de Arquivo Médico Estatístico (SAME), cuja abertura se deu na data de 1º de fevereiro de 1913.

Ponta Grossa, em 1958, possuía cerca de 100 mil habitantes. A enfermagem na Santa Casa atendia a um maior número de pacientes, sendo que o hospital contava então com Serviço de Radiologia e Laboratório de Análises Clínicas.

As atividades de enfermagem eram realizadas pelas religiosas e por leigos, principalmente por pessoas que iniciaram o trabalho no serviço de limpeza e ascenderam para o tratamento dos doentes.

Na década de 1970, os serviços hospitalares se incrementaram, incorporando o serviço de radioterapia, endoscopia e eletrocardiografia. Cirurgias complexas começaram a ser realizadas e para o auxílio diagnóstico, as novidades eram o aparelho de RX portátil e o serviço de anatomia patológica.

Com o Curso de Atendente de Enfermagem implantado pelo SENAC em Ponta Grossa (na década de 1980), a Enfermagem ganhou nova perspectiva de atendimento e os hospitais implementaram seus serviços.

Com a Lei do exercício profissional nº. 7.498, de 25/06/1986, o Atendente de Enfermagem necessita de qualificação para exercer as atividades de Enfermagem, exigindo-se para desempenho destes a formação de Auxiliar de Enfermagem. Ponta Grossa ganhou seu primeiro curso de Auxiliar de Enfermagem no Instituto de Educação Estadual Professor César Prieto Martinez, o qual foi reconhecido em 28/01/1982, pelas ações das enfermeiras Ana Maria Gabriel Machado e Silvana Maggi.

A primeira enfermeira iniciou seu trabalho no ano de 1986, no Centro Cirúrgico. Nesse período a chefia do hospital cabia a uma religiosa com qualificação de auxiliar de enfermagem, que ali atuava com mais cinco irmãs.

A situação anteriormente delineada exigia da nova enfermeira muita persistência para garantir a implementação de uma prática fundamentada cientificamente, que desse conta da transição do modelo vigente para um modelo que contemplasse um novo paradigma, a evolução científica na área da saúde e da enfermagem.

A instituição é referência na região em várias especialidades tais como: oncologia, cardiologia, pneumologia, ortopedia, ginecologia clínica e cirúrgica, cirurgia torácica, laparoscópicas, geral, vascular, dentre outras de pequeno e grande porte.

Atualmente a equipe de enfermagem da Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa – PR atua no processo cuidativo, exerce atividade gerencial de ensino, educativa e de cuidado da equipe e dos pacientes, sendo responsável pelas diversas unidades de internação, ou seja, unidade cirúrgica, unidade médica, unidade de ginecologia obstetrícia, centro cirúrgico, UTI adulto, UTI neonatal, unidade de convênio de pacientes de cirúrgica e de médica, pronto atendimento, educação permanente e supervisão do serviço de enfermagem.

Com a expansão de novas unidades na instituição surgiu a necessidade de contratação de enfermeiras para suprir as demandas crescentes em função dessa ampliação.

3.3 POPULAÇÃO

A equipe de saúde que atua no hospital é multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, técnicos e auxiliares de enfermagem. A equipe de enfermagem compreende 133 técnicos, 141

⁶ Graduada pela Universidade Católica do Paraná, enfermeira da Santa Casa de Misericórdia, a pesquisadora em questão.

auxiliares, que assumem o cuidado integral durante as 24 horas, sob a supervisão de 26 enfermeiros. A equipe de enfermagem é composta por 300 profissionais.

Delimitou-se a população aos 20 (vinte) enfermeiros que atuavam no período de realização do estudo como supervisores dos auxiliares e técnicos de enfermagem, responsáveis pelo cuidar desenvolvido nas diversas unidades do hospital: unidade cirúrgica, unidade médica, ginecologia e obstetrícia, unidade de internação para clientes particulares e convênios, centro cirúrgico, UTI adulto, serviço de hemodinâmica, departamento de imagem, educação continuada, serviço de controle de infecção hospitalar, UTI neonatal, pronto atendimento, supervisão diurna e noturna.

Considerou-se uma atribuição específica do enfermeiro a SC na fase de coleta de dados e exame físico.

3.4 CAMINHO PERCORRIDO

O estudo considerou as etapas de planejamento, execução e análise, e foi realizado no período de 27 de março de 2006 a 17 de agosto de 2007. A coleta de dados foi realizada por meio de reuniões e por meio da aplicação de uma entrevista semi-estruturada (apêndice 2). Realizaram-se trinta e uma reuniões, totalizaram quarenta e cinco horas de estudo, com objetivos e questão norteadora delineados. Participaram das reuniões 19 a 21 enfermeiros, o local foi a Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa – PR, na sala da gerência de enfermagem ou no salão nobre da referida instituição, com duração de uma a duas horas cada reunião. A pauta das reuniões era definida anteriormente pelo grupo de enfermeiros, que dependendo dos encaminhamentos, das necessidades, em função dos objetivos propostos, indicavam profissionais e temáticas de interesse do grupo, visando aquisição de conhecimentos e compreensão da totalidade do objeto de estudo.

A partir da decisão do grupo e do compromisso com as tarefas assumidas, determinou-se a configuração dos momentos que nortearam os encaminhamentos referentes aos momentos I e II. Os momentos assim definidos configuraram-se no contexto deste trabalho como momento I, no qual se descreve a qualificação dos

enfermeiros a elaboração dos instrumentos (apêndice1), implantação e a implementação da SC. No momento II procedeu-se a realização das entrevistas com os sujeitos da pesquisa e a síntese do processo de construção da SC.

Quadro 1 - Configuração dos momentos

MOMENTOS	ENCAMINHAMENTOS	NÚMERO DE REUNIÕES	HORAS DE ESTUDO	MODO DE REGISTRO
Momento I Reuniões	Qualificação dos enfermeiros. Elaboração dos instrumentos. Implantação dos instrumentos. Implementação da SC.	31	45 h	Livro ata que contribuiu para a construção do “Diário de Registro” (Apêndice 3)
Momento II Entrevistas	Realização das entrevistas com os sujeitos da pesquisa. Síntese do processo de construção da SC.			Entrevista semi-estruturada (Apêndice 2)

FONTE: O autor (2007)

Momento I: da qualificação dos enfermeiros; elaboração de instrumento, implantação e a implementação da coleta de dados e exame físico da SC.

Foram realizados trinta e um encontros, a média de participação foi de vinte enfermeiros, totalizaram quarenta e cinco horas de estudo do grupo. Para a descrição da construção da SC foi utilizado um livro ata, próprio do serviço de enfermagem, que contribuiu para a construção do “Diário de Registro⁷” (Apêndice 3), com as anotações sobre a temática, objetivos, recursos, data, horário, número de participantes, procedimentos e propostas para a próxima reunião, com distribuição de tarefas, indicação de referências e de leituras para discussão em grupo.

⁷ Diário de registro instrumento de registro das atividades desenvolvidas e das propostas do grupo para os encaminhamentos dos estudos e da pesquisa, conforme modelo (apêndice 3).

As decisões, em geral coletivas, foram registradas em “Diário de Registro”. A metodologia foi construída coletivamente, conduzida e coordenada pela pesquisadora, gerente do serviço de enfermagem na instituição, com a participação efetiva do grupo de enfermeiros, os quais assumiram integralmente a proposta em todas as etapas, desde a qualificação até a implantação, num processo contínuo de reflexão-ação.

A compreensão das teorias de enfermagem constituiu-se como elemento basilar para os encaminhamentos posteriores, decididos coletivamente. Houve momentos em que o enfermeiro foi apresentador da temática e, em outras situações esse mesmo enfermeiro participou como debatedor. Caracterizou-se a participação efetiva e compromissada com os objetivos propostos pela pesquisadora e assumida pelo grupo.

Na seqüência, fundamentados na teoria, os enfermeiros definiram os metaparadigmas e conceituaram ser humano, ambiente, saúde doença, necessidades humanas básicas, assistir, cuidar.

Os instrumentos foram construídos coletivamente, para atender as unidades de cirúrgica, médica, UTI adulto, UTI neonatal. Após discussão e análise das questões apresentadas, o grupo estabeleceu critérios para aplicação dos instrumentos, os quais foram assumidos por todos. Considerou-se a necessidade da unidade e da preservação da fidedignidade dos dados levantados.

A aplicação dos instrumentos gerou a necessidade de encontros freqüentes com o grupo de enfermeiros, com o objetivo de analisar os aspectos julgados significativos, advindos da aplicação. Considerou-se a necessidade de alterações, inclusões e permanência de questões pertinentes.

Destacou-se também a necessidade do conhecimento da informática, no processo de SC. Nesse período, o hospital estava em processo de informatização da assistência, por meio de um software de gestão hospitalar que incluía o prontuário eletrônico do paciente (PEP).

O aprofundamento dos estudos sobre exame clínico contou com a participação e troca de experiências de outros profissionais da área da saúde. Possibilitou-se em algumas especialidades a práxis de profissionais, que na diversidade de suas áreas contribuíram muito para o êxito dessa etapa. Exemplificase essa situação com o registro da experiência ocorrida na cardiologia com a

ausculta cardíaca, na qual os enfermeiros por meio da ausculta identificaram diferentes sons e algumas anormalidades.

Após análise e discussão sobre as questões dos instrumentos de coleta de dados e exame físico, o grupo de enfermeiros estabeleceu a data de 02 de novembro de 2006 para a implantação da SC na fase de coleta de dados e exame físico.

Coletivamente foram estabelecidos alguns critérios para aplicação do instrumento de coleta de dados e o exame físico, quais sejam: aplicação do instrumento por duplas de enfermeiros, com o objetivo de estabelecer troca de experiências entre eles; levantamento de necessárias alterações, modificações e inclusões pertinentes; apresentação das questões levantadas em dupla ao grupo; análise, discussão coletiva e redimensionamento do instrumento.

Posteriormente à reconstrução dos instrumentos, estes foram repassados ao departamento de Tecnologia da Informação (TI) para a implementação da SC no PEP, sendo qualificados os enfermeiros de acordo com o sistema. A SC foi liberada aos demais profissionais no PEP.

Momento II: realização da entrevistas com os sujeitos da pesquisa e a síntese do processo de construção da SC

Considerou-se a trajetória percorrida, desde a qualificação dos enfermeiros, a elaboração dos instrumentos até a implementação da SC na fase de coleta de dados e exame físico. Procedeu-se a análise dos dados à luz da teoria e das experiências advindas dos saberes da profissão e dos saberes da experiência da autora do estudo.

Os dados para análise foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada (Apêndice 2), dentre outras técnicas referenciadas. Segundo Minayo (1994), a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. O pesquisador busca captar as informações contidas na fala e no subentendido dos discursos dos sujeitos.

A entrevista caracteriza-se, em um primeiro nível, por uma comunicação verbal que reforça a importância do diálogo e da fala; e, num outro nível, serve como

coleta de informações sobre um determinado fenômeno, para se obter dados objetivos e subjetivos dos entrevistados. O instrumento de coleta dos dados (Apêndice 2), composto de oito alternativas com questões abertas e fechadas, teve a finalidade de obter informações a partir de roteiro pré-estabelecido, e de captar outras informações que surgiram nas entrelinhas e no subentendido da mensagem expressa pelo entrevistado.

Realizaram-se dezessete entrevistas com enfermeiros de diferentes unidades. Foi capacitado um enfermeiro da instituição para realização das entrevistas⁸. A entrevista piloto foi realizada com duas enfermeiras que participaram do processo de validação do instrumento.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, de acordo com as questões propostas no instrumento, sendo suspensas quando apresentaram saturação dos dados, isto é, a repetição sem que novos elementos de análise surgissem. Os dados coletados foram analisados e categorizados em função das respostas recorrentes e também das diferentes.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

No primeiro momento foi descrito o processo de construção da SC, bem como a sua implementação.

No segundo momento, procedeu-se a análise dos dados da entrevista em relação ao processo de construção da SC, sob a perspectiva de Bardin (2000, p. 31): “A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações”. Na utilização da técnica de análise, dois objetivos se destacam: a ultrapassagem da incerteza e o enriquecimento da leitura.

A proposta de Bardin é a de análise dos significados, a qual se configura pelos procedimentos sistemáticos e objetivos, permite identificar os conteúdos da mensagem, descobrir os núcleos de sentido que compõem os textos da

⁸ Tendo em vista o cargo de chefia ocupado pela pesquisadora, o que poderia induzir, constringer os entrevistados, e assim, comprometer as informações.

comunicação. Considera-se, nessa proposta, a recorrência dos conceitos e seu significado para o estudo.

Segundo Bardin (2000), na organização da análise deve-se observar a pré-análise, com exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. O autor apresenta, ainda, as fases da análise proposta e esclarece que a primeira fase compreende a escolha de documentos, formulação de hipóteses, objetivos e indicadores que embasem a interpretação final.

A segunda fase trata da exploração e do tratamento do material, utilizando a análise temática que compreende a investigação e a interpretação do sentido dos textos. A impregnação dos dados pelo analista (pesquisador) possibilita estabelecer as unidades temáticas em função dos objetivos propostos na pesquisa, sendo que as unidades de significado emergirão dos dados analisados. Os recortes dos textos serão agrupados de acordo com as categorias eleitas.

A terceira fase trata da interpretação dos resultados. O referido autor indica que na análise temática deve-se considerar a freqüência das unidades de significação como definidoras do caráter do discurso e também salienta que algumas temáticas revelam valores de referência e modelos de comportamento presentes no discurso (BARDIN, 2000).

O processo de inventário compreende a análise das categorias, isolando os elementos e classificando-o. As categorias poderão ser consideradas inadequadas ou não. No caso das validadas deverão ser reagrupadas, obedecendo aos critérios propostos por Bardin (2000), cujos elementos devem considerar o objetivo e o quadro teórico do estudo. Os dados coletados foram analisados em consonância com as categorias que emergiram durante o processo de análise.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto desta pesquisa foi desenvolvido de acordo com a Resolução 196/1996 do Ministério da Saúde, sendo aprovado em vinte e oito de novembro de dois mil e seis, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR (CEP) do Programa de Pós - Graduação em Enfermagem – Mestrado do Setor de Ciências da Saúde da

Universidade Federal do Paraná sob o número do projeto no CEP: 308 SE 089.0610.

No Brasil, na data de 10 de outubro de 1996, o Ministério da Saúde criou a Resolução 196, a qual estabelece os requisitos para a realização de pesquisa clínica na área da saúde que envolve seres humanos.

O objetivo da Resolução 196 é o compromisso ético, sendo que a ética de uma pesquisa encontra-se pautada nos princípios da bioética (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) para com os seres humanos envolvidos, os quais deverão ser respeitados. Essas são características que demonstram a eticidade que um projeto de pesquisa deve cumprir.

A participação dos sujeitos da pesquisa é voluntária, tendo liberdade para desistir a qualquer momento. O Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) foi construído para assegurar aos sujeitos da pesquisa o sigilo, o anonimato, a participação voluntária e a ausência de prejuízos, de acordo com o anexo 1.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista, dos registros advindos das atas e dos diários de registros. As entrevistas foram gravadas mediante autorização dos partícipes da pesquisa. O conteúdo final do estudo estará disponível aos sujeitos da pesquisa, a instituição envolvida e aos demais interessados na temática.

4 RESULTADOS E DISCUSÃO DOS DADOS

Este capítulo aborda os resultados obtidos em função dos objetivos propostos. A discussão dos dados compreende o Momento I e Momento II, os quais serão apresentados a seguir.

4.1 MOMENTO I: DA QUALIFICAÇÃO DOS ENFERMEIROS, ELABORAÇÃO DE INSTRUMENTO, IMPLANTAÇÃO E A IMPLEMENTAÇÃO DA COLETA DE DADOS E EXAME FÍSICO DA SC

As teorias foram construídas entre a década de 60 e 70, e a de Horta nesta última. Nessa época predominava o modelo biomédico, mas com o surgimento de novos paradigmas, também na área da saúde o contexto foi se modificando e gradativamente esse modelo foi substituído por outros, coerentes com as novas exigências da sociedade e com os avanços científicos.

A opção pela teoria deu-se a partir de leituras e reflexões dos enfermeiros, na busca de fundamentos científicos que subsidiassem a construção da SC. Cientificamente, teoria é definida como uma generalização abstrata que apresenta uma explicação sistemática sobre as relações entre fenômenos. Dessa maneira, a construção e testagem de uma teoria estão intimamente relacionadas aos avanços do conhecimento científico e tem-se defendido que uma teoria constitui a meta final da ciência. Os sistemas teóricos representam os esforços maiores e mais aperfeiçoados dos indivíduos, na busca da compreensão das complexidades do mundo em que vivem (POLIT; HUNGLER, 1995).

A prática de enfermagem requer uma teoria que contribua com a base científica, a fim de superar os procedimentos que, em enfermagem, geralmente têm sido ensinados e praticados de forma cotidiana.

As diferentes teorias de enfermagem foram analisadas nas seguintes perspectivas: necessidade de uma teoria que explicasse a prática, apontasse para o novo, para a cientificidade, estivesse coerente com as demandas do hospital e correspondesse ao nível de conhecimento dos enfermeiros.

Após as discussões para a escolha da teoria, optou-se pela das “Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta”, que norteou o processo de construção do marco conceitual, a elaboração dos instrumentos, a implantação.

O processo de construção do marco conceitual emergiu da prática, oportunizou o relacionamento interpessoal e a cientificidade, ancorada pela teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta. Assim, os conceitos foram elaborados pelos sujeitos da pesquisa.

A palavra conceito deriva do latim, do termo *conceptum*, que, por sua vez, significa pensamento, idéia. Ou seja, a representação de um objeto pelo pensamento por meio de suas características gerais, significa a ação de formular uma idéia por meio de palavras; definir, caracterizar, formar uma noção, apreciação, julgamento, avaliação ou ter uma opinião (FERREIRA, 1986, p. 445).

A construção do marco conceitual partiu da prática, do confronto entre os conceitos da teoria e das pré-concepções dos partícipes, o que exigiu reflexão para a sua gradativa evolução, incluiu a compreensão da teoria e pertinência em relação a sua aplicabilidade no hospital. Os encaminhamentos exigiram leituras, reconfiguração de conceitos e redimensionamentos de práticas arraigadas ao modelo biomédico.

As reconfigurações respeitaram as crenças e os valores dos enfermeiros. Crenças são consideradas convicções pessoais, fortemente defendidas e os valores são traços culturais importantes, passados de pais para filhos; são guias para o agir dos enfermeiros.

Nos conceitos elaborados pelos enfermeiros revelam-se as crenças e os traços culturais da instituição a que eles pertencem.

Os conceitos centrais da teoria das necessidades humanas básicas de Horta são: Enfermagem, Ser Humano, Ambiente, Necessidades Humanas Básicas, Assistir em Enfermagem, Saúde e Doença.

Enfermagem

Para os enfermeiros da Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa, a Enfermagem é

uma profissão que utiliza arte, ciência e tecnologia para cuidar, assistir e reabilitar indivíduos em desequilíbrio de suas necessidades humanas básicas, de maneira a torná-los independentes por meio do ensino do autocuidado.

Entre o conceito de Horta e o das enfermeiras apresenta-se uma diferença de sentido no uso das palavras profissão e tecnologia. Profissão é trabalho especializado dentro de uma sociedade; já tecnologia (Méier, 2004) é parte integrante das instituições hospitalares, sendo ferramenta essencial no auxílio do enfermeiro para a tomada de decisão, indispensável no cotidiano.

A assimilação do conceito de enfermagem constitui-se em uma tecnologia importante para o desempenho profissional

Ser humano

Para a equipe de enfermagem, que estudou a teoria das necessidades humanas básicas, o ser humano é

um ser único com sentimentos, pensamentos e reações próprias, que necessita do cuidado e assistência de enfermagem para o equilíbrio de suas necessidades humanas básicas, de forma a desenvolver o autocuidado.

Horta (1979) descreve o Ser-Cliente ou Paciente como um ser humano que necessita de cuidados de outro ser humano em algum período de sua vida. Para os enfermeiros o paciente/cliente tem sentimentos, pensamentos, reações próprias e é compreendido como ser humano que necessita de cuidado.

Ambiente

O conceito elaborado pelos enfermeiros de ambiente é

tudo o que rodeia ou envolve os seres vivos pode influenciar diretamente no equilíbrio humano.

Eles ampliaram o conceito de Horta e lhe atribuíram um significado mais abrangente. O relato expressa o ambiente hospitalar como influenciador do paciente.

Necessidades humanas básicas

Para os enfermeiros da Santa Casa as necessidades humanas básicas são

carências resultantes do desequilíbrio biopsicosocial e espiritual do ser humano, que requer assistência e cuidado para seu restabelecimento.

As necessidades humanas básicas são o foco central da teoria de Horta com características comuns a todos os seres humanos, e essenciais à manutenção da vida, por isso denominada de básica (HORTA, 1979).

Horta sustentou seus conceitos com base em: Maslow com a hierarquia das necessidades humanas básicas e Mohana, para classificá-las.

Horta (1979) classificou as necessidades humanas básicas como: psicobiológicas, que são as necessidades relacionadas ao corpo físico do indivíduo, sendo importantes para a sua sobrevivência; psicossociais, que são necessidades relacionadas com a convivência com os seres humanos; e psicoespirituais, que são as necessidades referentes aos valores e crenças dos indivíduos, à sua religiosidade e filosofia de vida.

Assistir

Segundo os enfermeiros da Santa Casa, assistir é

fazer, ajudar, orientar e encaminhar o paciente, a fim de atender suas necessidades humanas básicas.

De acordo com Horta, o enfermeiro atua em três áreas: na área específica, quando o enfermeiro assiste o ser humano, atende às necessidades humanas básicas, ensina o autocuidado e o torna independente; na área social, quando o

enfermeiro atua no ensino, na pesquisa, na administração, na responsabilidade legal e nas associações de classe; e na área de interdependência ou de colaboração, na qual o enfermeiro deve manter promover e recuperar a saúde, em conjunto com a equipe de saúde.

Analisando a definição elaborada pelos enfermeiros podemos afirmar que está de acordo com a teoria adotada.

Cuidar/Cuidado

De acordo com os enfermeiros da Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa - PR, cuidar é

a ciência, arte e essência das ações humanas como o toque, afeto, empatia, apoio, segurança e amor. Na interação enfermagem/cliente/família e comunidade, atuam nos níveis primários, secundários e terciários, com ações planejadas e ancoradas na sensibilidade e cientificidade.

A definição dos enfermeiros em relação ao cuidar inclui a recomendação de Horta, para quem todo cuidado é preventivo, curativo e de reabilitação. Os enfermeiros da instituição abordaram o cuidar de modo mais abrangente, utilizaram interação terminologia de Travelbee, porém sem se desvincular do conceito proposto por Horta. Para os profissionais que participaram da construção do marco conceitual, as palavras cuidar e/ou cuidado possuem o mesmo significado.

Percebe-se que as concepções foram modificadas num processo de aquisição de conceitos científicos revelados até mesmo na terminologia utilizada nos registros anteriores.

Saúde/Doença

Para os enfermeiros, saúde é

a manutenção da vida e do bem estar resultante do equilíbrio dos fenômenos vitais comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo vital.

Para os enfermeiros da Santa Casa, a doença é

o processo que resulta de desequilíbrios dos fenômenos vitais, que estão associados a alterações em diversos aspectos do corpo humano, as quais impõem modificações no estilo de vida. Exigem-se readaptações perante uma nova situação, bem como estratégias para o seu enfrentamento.

Os enfermeiros conceituaram doença de acordo com o conceito de Horta, porém apresentaram a modificação no estilo de vida e a readaptação à nova situação.

Os conceitos de saúde e de doença foram ampliados pelos enfermeiros; considerou-se que para definir saúde é preciso saber o significado de doença. Entende-se, nesse contexto, que saúde é bem mais do que a ausência de doença. Pode-se considerar que Saúde/Doença são processos contínuos que coexistem.

Os conceitos centrais da teoria foram contemplados, porém o grupo sentiu a necessidade de construir o conceito de autocuidado, o qual é preconizado por Horta quando define enfermagem. O grupo desejou construir o conceito de cuidador, tendo em vista que o cuidado é o objeto epistemológico da enfermagem.

Auto cuidado

Em relação ao conceito de autocuidado, o grupo considerou importante sua elaboração, pois Horta, ao conceituar enfermagem, relata a importância do ensino do autocuidado. Segundo os enfermeiros, autocuidado é

a capacidade do ser humano em manter o equilíbrio de suas necessidades humanas básicas com auxílio e orientações de cuidados, quando necessário.

Cuidador

Para os enfermeiros da Santa Casa de Ponta Grossa - PR, o cuidador é

um ser humano que está em equilíbrio, cuida e assiste o paciente/cliente como um todo, percebe sua individualidade e desenvolve o processo de agir, fazer, guiar e orientar. Proporciona apoio biopsicosocial e espiritual, elabora e mantém um ambiente de apoio ao equilíbrio de suas necessidades humanas básicas, oportuniza-lhe o aprendizado do autocuidado.

Entende-se que cuidador é quem cuida, é o enfermeiro que possui conhecimentos científicos no processo da SC, atribuição legal e tarefa conquistada ao longo da história da enfermagem.

Nessa tarefa, o enfermeiro pode delegar atribuições ao técnico de enfermagem e ao auxiliar de enfermagem. Caso julgue necessário, pode solicitar o apoio de outros profissionais da área da saúde, para proporcionar ao paciente o apoio biopsicosocial, imprescindível para a sua qualidade de vida.

Percebe-se que no aprofundamento e discussão dos conceitos de Horta, o grupo de enfermeiros ascendeu a níveis científicos de compreensão e questionamentos sobre a teoria, pois à medida que estudavam e no contraponto entre os conceitos teóricos dos autores e o da prática vivenciada, ampliaram seus conceitos e os transpuseram para outras áreas do saber e do fazer na enfermagem.

Para o processo de construção dos instrumentos que compõem a SC na etapa de coleta de dados e exame físico, foi necessário o conhecimento da teoria, a construção do marco conceitual, o contraponto entre teoria e prática e a troca de saberes com seus pares.

A interação entre o grupo favoreceu a cooperação, a disponibilidade de ajuda mútua, o respeito às dificuldades, a valorização das diferenças no contexto da diversidade, e principalmente contribuiu para o fortalecimento da identidade do grupo, como responsável pela implantação e implementação da SC. Configura-se, assim, como um processo ativo e em constante mudança que necessita de avaliações periódicas, sendo que “não existe saber acabado, definitivo” (BARROS, 2003, p. 20).

O estudo teórico contribuiu para que os sujeitos da pesquisa entendessem a sua importância e aplicabilidade prática. Infere-se que toda a prática possui uma teoria que a direciona.

[...] Foi como usar óculos depois de muito tempo de visão limitada. Quando colocamos óculos pela primeira vez, estranhamos, sentimo-nos

incomodados, não enxergamos muito bem; enfim, parece que eles atrapalham. Mas, aos poucos, nos habituamos com eles, as coisas ganham colorido e formas diferentes, ficam mais claras, e nos perguntamos: como pudemos ficar tanto tempo na “cegueira”? Sim, meu processo de “enxergar melhor” foi intimamente esboçando meu pensamento, procurando reforçá-lo e tentando ver com meu olhar (CARRARO, 1994, p. 105).

A reflexão teórico-prática teve como fundamento o estudo das teorias, a opção por uma delas e a construção do marco conceitual, individual e coletivamente, num processo de formação continuada. O ponto central das reflexões foi o contraponto entre as concepções do cotidiano e as científicas. O embate teórico oportunizou a reconstrução de conceitos científicos, contribuiu com um outro olhar para práticas consideradas ultrapassadas em função dos novos conhecimentos embasados em um marco conceitual que, na sua essência, respeita a diversidade dos seres humanos e busca formas de estimular a energia vital que existe em cada paciente.

Esse novo patamar de conhecimentos dos enfermeiros foi fundamental na elaboração dos instrumentos e desencadeamento da proposta de implementação da SC na etapa de coleta de dados e exame físico.

A implementação ocorreu em todos os setores de internação da Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa – PR, ou seja, na clínica cirúrgica, médica, UTI adulto, UTI neonatal, obstetrícia e ginecologia (Apêndice 1). Em todas essas unidades o enfermeiro é o responsável pelo cuidado direto ou indireto ao paciente.

Os avanços percebidos na implementação da SC vão desde a dimensão pessoal a profissional e institucional.

A dimensão pessoal é impregnada pela cultura institucional, que é comum ao grupo como um todo, pois se trata da assimilação das regras, das normas vigentes, quer sejam ela tácita e/ou explícita. Essa assimilação será ao mesmo tempo comum, porém diferenciada para cada ator, em função da sua percepção, formação e subjetividade. Assim, reflete também as facilidades e/ou dificuldades em relação à organização do tempo, ao domínio da informática, ao fazer sem a necessária reflexão (caracterizado como ativismo), à insegurança e à falta de conhecimentos e de saberes da experiência e da profissão.

Em relação ao desenvolvimento profissional, destacam-se as lacunas da formação inicial e a necessária formação permanente com o objetivo de desenvolver

uma prática cuidativa competente, embasada em cientificidade e pensamento crítico (LEFEVRE, 2005).

Em nível institucional, as equipes incompletas - seja por falta de profissionais, alta rotatividade, baixos salários, absenteísmo, dentre outras questões – dificultam o processo da SC, porém não o inviabilizam, pois se entende que é um processo de construção lento e gradativo, rápido e eficaz, depende da atuação de cada enfermeiro e do grupo como um todo (PAI; SCHRANK e PEDRO, 2006).

Com a implementação da SC os enfermeiros, cada vez mais, têm aprimorado sua formação profissional no que tange ao conhecimento relacionado ao estado físico, psicossocial e espiritual dos pacientes e suas famílias, dando visibilidade ao seu saber/fazer e saber/ser.

4.2 MOMENTO II: REALIZAÇÃO DA ENTREVISTAS COM OS SUJEITOS DA PESQUISA E SÍNTESE DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA SC

É relevante destacar que os dados obtidos nas entrevistas oportunizaram a caracterização dos sujeitos da pesquisa e a análise dos dados a partir da discussão das três categorias que emergiram desses dados.

Quadro 2 – Categorias

CATEGORIA 1	Elementos basilares na construção da sistematização do cuidar.
CATEGORIA 2	Dificuldades e avanços percebidos na implementação da SC.
CATEGORIA 3	Sistematização do cuidar: tecnologia geradora de identidade, visibilidade e autonomia profissional.

FONTE: O autor (2007)

4.2.1 Categoria 1 – Elementos basilares na construção da sistematização do cuidado.

É basilar inserir na prática cotidiana do enfermeiro teorias e conceitos afinados com valores profissionais, para que se traduzam em uma prática que seja imprescindível à melhoria da qualidade de vida da população.

A enfermagem articula a ciência e a arte: sendo assim, oportuniza aos profissionais pensar o seu fazer. Com essa reflexão o grupo de enfermeiros demonstrou suas vivências e saberes e, a partir do estudo e da discussão das diversas teorias, tais como Roy, King e Orem, dentre outras, optou-se pela teoria das necessidades humanas básicas, de Wanda de Aguiar Horta, conforme atestam os seguintes depoimentos:

[...] no início, tinha escolhido na verdade duas teóricas a Wanda e a Orem, que era o autocuidado e as necessidades humanas básicas, com a discussão o grupo, acabou definindo por Horta pelas necessidades humanas básicas (Entrevistado 11).

[...] a escolha da teoria da Horta, porque eu tive contato, fiz leituras sobre outras teóricas. Tem teoria que eu não entendi, não entendo até agora e a teoria de Horta veio mais ao encontro da nossa realidade, pra mim foi a de fácil entendimento (Entrevistado 6).

Em relação a este direcionamento e a opção pela teórica, assim manifestaram-se os sujeitos da pesquisa:

[...] foi super importante porque nos reunimos várias vezes discutindo para a escolha da nossa teoria, tivemos a oportunidade de conhecer várias teóricas e chegar a conclusão do que se adequaria a nossa realidade (Entrevistado 7).

[...] a princípio nós decidimos qual a teórica que nos iríamos escolher, depois eleita então a Wanda Horta conforme a necessidade da instituição, ficou mais fácil definir um caminho para o nosso projeto, [...] Wanda Horta é a que mais se aproxima da realidade do nosso hospital hoje (Entrevistado 1).

As teorias auxiliam a estimular a pesquisa e a ampliar o conhecimento, proporcionam direção. São forças propulsoras, úteis, que alavancam os avanços científicos e a compreensão da prática profissional de forma consciente (POLIT; HUNGLER, 1995).

[...] descobrir que através da teoria nós realizamos o cuidado com maior cientificidade e o cuidado flui (Entrevistado 2).

À medida que perceberam a importância da teoria no fazer, no ser e na identidade dos enfermeiros, as teorias foram aprofundadas e seus conceitos discutidos, analisados e compreendidos gradativamente pelo grupo empenhado em transformar sua prática, pois, segundo os participantes, as dificuldades também estão relacionadas à formação inicial, de acordo com os depoimentos a seguir.

[...] a gente vem da graduação sem ter uma noção [...] o porquê das teorias e quando você estuda e coloca em prática, aí você vê como a realidade é diferente, são formas de você pensar diferente e colocar na prática, então foi bem interessante, legal, tive que pesquisar, de estar correndo atrás, vê a necessidade de estar pesquisando, estar buscando, isso foi bem legal e interessante (Entrevistado 1).

[...] eu não tive a fundo na faculdade eu tive que estudar bastante, porque a gente só tem uma leve incelada e com isso eu tive que estudar bastante. (Entrevistado 9).

[...] a gente sai da universidade querendo trabalhar, fazer curativos, fazer técnicas de enfermagem e esquece um pouco das teorias, [...] é a base te tudo, eu tive muita dificuldade da compreensão dessas teorias, dos artigos, saber o porquê que a gente estaria escolhendo para colocar em prática aqui no nosso hospital (Entrevistado 12).

A formação inicial, propiciada pela instituição de ensino, durante muito tempo foi considerada suficiente para a formação do indivíduo em determinada área e, em geral, era adequada e valia para toda a vida profissional.

Entende-se que a formação inicial representa o primeiro contato com saberes específicos da profissão, portanto, o processo de formação deve continuar ao longo da vida, pois favorece o desenvolvimento profissional e pessoal, cuja dimensão integra de forma coerente e concomitantemente com o desenvolvimento institucional (NÓVOA, 1992).

O avanço do conhecimento e da tecnologia e o seu inter-relacionamento com o desempenho do enfermeiro trouxeram a necessidade imperiosa de atualização, de estudo, de aperfeiçoamento e de troca constante de saberes dos profissionais da área da saúde.

A educação permanente⁹ é considerada, atualmente, como importante condição de mudança dos profissionais enfermeiros, no sentido de favorecer gradativamente a autonomia e promover processos de pensar e de fazer, com o propósito de implementar inovações que produzam mudanças significativas em relação às instituições hospitalares e aos pacientes. A esse respeito, Nóvoa (1991, p. 28) refere que “hoje não basta mudar o profissional; é preciso mudar também os contextos em que ele intervém”.

De acordo com a autora é preciso mudar e foi por meio da leitura que os enfermeiros perceberam a necessidade de conhecer e de se aprofundar nas teorias de enfermagem com a finalidade de definir um corpo de conhecimento específico que contemplasse as necessidades e os interesses da instituição, dos enfermeiros e dos pacientes naquele determinado momento, pois as teorias refletem diferentes realidades, interesses de cada época, e o ambiente sociocultural. Sendo assim retratam a época em que foram concebidas e contribuem para configurar as realidades atuais (MELEIS, 1985).

As teorias de enfermagem representam a percepção e a interpretação do mundo, reúnem e organizam os conhecimentos da enfermagem como profissão, apresentam um conjunto de conceitos que guiam o agir dos profissionais da área (MARIA; MARTINS e PEIXOTO, 2005).

Pelo fato de ser brasileira e de abordar na sua teoria as necessidades humanas básicas, a teórica indicada e referenciada por alguns dos enfermeiros foi considerada pelo grupo como de fácil entendimento, inclusive por ter sido estudada na graduação e aprofundada por alguns deles, em cursos de pós-graduação, como se pode ver pelos seguintes depoimentos:

[...] por ela ser autora brasileira, ser mais fácil de entender, por já ter um pré-conhecimento, na pós-graduação (Entrevistado 2).

[...] enfermeira brasileira, então nós aproveitamos para trazer para a nossa realidade. O ponto positivo é que já conhecia um pouquinho sobre Wanda Horta (Entrevistado 3).

⁹ Pascoal (2004, p. 104) explica que os termos educação em serviço, continuada e permanente são distintos. O primeiro corresponde a uma educação informal no cotidiano do trabalho para solucionar problemas e podem ser orientações, treinamento, atualizações e aperfeiçoamento. A educação continuada refere-se a cursos planejados e avaliados e, por isso, formais como os de pós-graduação. A educação permanente é algo maior, intrínseca ao sujeito; corresponde a um apreender constante, diz respeito a um compromisso pessoal por mudanças de atitudes, conceitos e conhecimento e, no processo de trabalho, engloba a educação em serviço e continuada.

[...] Wanda Horta por ser brasileira e a primeira teórica brasileira, nós terminamos escolhendo esta teoria. [...] porque algumas de nós já conhecíamos um pouco sobre está teorista (Entrevistado 3).

Segundo Horta (1979), a enfermagem tem duas tendências a seguir: ou se desenvolve como ciência, ou torna-se a profissão assistente-médico. Assim ela elabora uma teoria prescritiva, com a intenção de afirmar a enfermagem como ciência.

É no aprofundamento teórico que a enfermagem ascende a níveis mais elevados de compreensão. No caso deste estudo, as discussões, os contrapontos entre as concepções alternativas e as científicas favoreceram a compreensão, a identificação e a caracterização do modelo assumido e vigente no cotidiano do trabalho do enfermeiro, como se observa nos relatos:

[...] inicialmente nós começamos a ter que estudar, porque até então nosso trabalho era mais voltado para o modelo biomédico (Entrevistado 3).

[...] às vezes os enfermeiros confundem [...] está muito impregnado do modelo biomédico (Entrevistado 4).

“[...] eu estava acostumada a trabalhar com o modelo biomédico, então eu não compreendia como a enfermagem poderia realizar o cuidado, recisa estudar, as leituras fazem refletir o fazer” (Entrevistado 3).

As teorias de enfermagem são originadas no modelo biomédico¹⁰, reducionista e mecanicista para explicar os sistemas biológicos e o ser humano.

O enfoque principal do modelo biomédico é a doença e a busca de sua etiologia, que consiste na identificação de fatores geralmente externos. Sua influência na enfermagem é sólida e muitas vezes aprender a cuidar com base na doença prioriza a abordagem reducionista em detrimento da holística. (MARIA; MARTINS e PEIXOTO, 2005).

Como se percebe no relato:

¹⁰ O modelo biomédico está pautado no pensamento cartesiano, que influenciou as práticas de saúde. Resulta na visão fragmentada do ser humano, considera-o uma máquina que possui peças (CAPRA, 1982).

[...] às vezes penso como foco principal é a patologia (Entrevistado 1).

Mesmo influenciada pelo modelo biomédico, a enfermagem busca, historicamente, por meio das teorias, uma aproximação com a visão do ser humano total: integração entre corpo, mente/espírito e ambiente.

[...] trabalhar vendo o paciente como um todo e não apenas partes e isso que nós temos que fazer nos dias de hoje, nós enfermeiros temos que ver o paciente como um todo, ver a parte psicológica, a espiritual, a parte corporal, não ver apenas o braço, perna, não separadamente, então esses conceitos estão de acordo com a nossa realidade e com a nossa contemporaneidade. (Entrevistado 8).

A teoria de Horta, nesse estudo, tem a finalidade de contribuir para mudanças, atingir os objetivos propostos, dirigir e compreender os fenômenos a partir de uma rede de conceitos que se inter-relacionam e que compõem uma forma de perceber o mundo, de explicar a realidade e indicar caminhos para o desenvolvimento de uma prática profissional fundamentada numa teoria com respaldo da comunidade científica.

Sendo a enfermagem um serviço prestado ao ser humano e parte integrante da equipe de saúde, a autora caracteriza as relações de este ser humano com o seu mundo, ao mesmo tempo valoriza as funções e o valor social dos enfermeiros, destaca que o atendimento das necessidades humanas se faz por meio do cuidado do ser humano. De acordo com Horta, a enfermagem é:

[...] parte integrante da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrios pela assistência ao ser humano no atendimento as necessidades básicas; procura sempre reconduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço. [...] enfermagem é a ciência e a arte de assistir ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais (HORTA, 1979, p. 29).

Após a discussão primeira sobre a teoria de Horta e principais conceitos, deu-se continuidade aos estudos, estabeleceu critérios a serem observados na

construção do marco conceitual, condição fundamental para implantação e implementação da SC.

Vive-se em um mundo de conceitos, os quais se formam por meio da interação com outras pessoas e com o ambiente no qual os sujeitos se inserem, e assim as pessoas desenvolvem opiniões sobre as coisas, os fatos e os fenômenos que acontecem à nossa volta. Essa formação de conceitos, em muitos casos, não coincide com os atributos dos conceitos científicos.

A fundamental importância de compreender que as concepções alternativas são fortemente mantidas e muitas vezes, diferentes das concepções científicas. Porém, no processo construtivo essas concepções alternativas estão a caminho das concepções científicas, se aceitar que não existem verdades absolutas e imutáveis.

É no contraponto das diferentes concepções que os saberes são desvelados e checados, produzem mudanças significativas na aquisição dos conceitos científicos. O marco conceitual serviu de base para a proposta e o desenvolvimento da sistematização do cuidar, conforme referenciam os enfermeiros.

[...] eu não entendia o que era marco conceitual, eu demorei muito para entender o que era o que tinha que fazer (Entrevistado 6). [...] para mim a elaboração do marco conceitual foi uma descoberta, uma redescoberta por ter visto só na graduação (Entrevistado 2).

A construção do marco conceitual contempla as características e as especificidades da prática, na qual será implementado. O marco conceitual representa pontos essenciais e basilares do cuidado a ser prestado.

A representação dos sujeitos da pesquisa sobre o marco conceitual indica o entendimento que possuem de que o mesmo realimenta os conceitos, enriquece a teoria e atribui caráter científico à prática. Tais representações são percebidas nas falas dos sujeitos da pesquisa, apresentadas a seguir.

[...] na realidade é assim, em cada reunião nossa, nós estamos discutindo se adaptando à teoria, conhecendo e adaptando a nossa realidade, se realmente condiz com o nosso trabalho, estamos numa fase de descoberta eu acho, pelo menos para mim ainda (Entrevistado 10).

Os profissionais que não se comunicam, não trocam experiências, não explicitam seus saberes, tornam-se alienados dos avanços da área. Não conseguem interagir com seus pares, e muitas vezes, consideram-se detentores de saberes que julgam imutáveis e perenes.

[...] inicialmente quando começamos a discutir o marco conceitual não foi impositiva, ela foi democrática nós fomos construindo aos poucos (Entrevistado 3).

As reuniões, os encontros promovidos com o objetivo de estudo, de discussão oportunizaram o crescimento do grupo quanto ao aprofundamento teórico e favoreceram o relacionamento interpessoal, no sentido de respeito e de acato às argumentações apresentadas e defendidas individual e coletivamente.

[...] em todas as reuniões se discute que é um crescimento e conhecimento, é um crescimento profissional e além de tudo é um crescimento de relacionamento que a gente precisa respeitar. Uma respeitar o conhecimento da outra e respeitar aquilo não conhece também (Entrevistado 14).

O grupo entendeu que muitos dos seus integrantes ainda estão na fase do descobrimento e do reconhecimento da importância de conhecer mais sua profissão, os colegas, os conceitos e teorias que fundamentam a discussão sobre marco conceitual.

É o marco conceitual que oferece subsídios para uma prática profissional pautada na cientificidade, advinda de um conjunto de conceitos e proposições abstratas e gerais que proporcionam ao profissional a evidência de que necessita para embasar suas ações (FAWCETT, 1992).

No processo de construção do marco conceitual os enfermeiros realizaram inúmeras leituras, as quais oportunizaram a reflexão que os levou a desconstruir e reconstruir conceitos pautados na cientificidade.

É no contraponto, na troca de saberes, na leitura, na reflexão, nas crenças e nos valores dos sujeitos que os conceitos foram construídos.

O pensamento cotidiano tem sua origem na experiência social vivenciada pelos sujeitos e é construído a partir da sua interação com o ambiente cultural no qual se inserem. A aquisição do conhecimento científico exige sistematização,

método e assimilação de um discurso que não é o usado no dia a dia (RODRIGO, 1998).

É de fundamental importância compreender que as concepções “alternativas” ou do cotidiano, formadas desde muito cedo por meio da interação dos indivíduos entre si e entre os indivíduos e o meio em que se inserem, são fortemente mantidas, pois explicam coerentemente o mundo no qual o indivíduo vive.

É nas diferentes concepções que os saberes são desvelados e checados, produzem mudanças significativas na aquisição dos conceitos científicos, de acordo com as seguintes afirmações:

[...] a grande maioria deles está eu lembro que tem algumas coisas que eu acho que são um pouco diferente daquilo que eu penso mas é muito pouco, porque construímos juntos, então é só uma forma de escrever que dá um sentido que não era bem isso que eu penso, mas a grande maioria sim (Entrevistado 14).

[...] porque eles foram estudados, juntamente com varias teoristas, discutidos e trazidos para a nossa prática do dia-a-dia, nossa realidade nosso trabalho (Entrevistado 2).

Para a definição dos conceitos segundo a teoria de Horta foi a divergência de opinião entre os enfermeiros porque somos em vinte e cinco e isso foi uma das dificuldades encontradas (Entrevistado 13).

[...] não foi numa forma impositiva, então como foi consenso de grupo, eticamente com relação a meus princípios, não tive nenhum problema de aceitar (Entrevistado 3).

Penso que nem todos os conceitos estão cem por cento com todas as pessoas que fazem parte do grupo (Entrevistado 7).

[...] é o novo é a primeira vez que você está fazendo, tendo contato e isso realmente traz um pouco de dificuldade (Entrevistado 6).

A utilização de metodologias, de técnicas e profissionais com diferentes especialidades na abordagem da temática favoreceu a aquisição de conceitos científicos sólidos, construídos a partir da consideração das concepções alternativas, cujos atributos nem sempre coincidiam com os conceitos científicos apresentados pelos partícipes da pesquisa.

[...] eu acredito que a formação dos conceitos vem ao encontro das nossas crenças e valores [...] (Entrevistado 2).

[...] foram colocadas várias opiniões de vários enfermeiros, foi montando e moldando os conceitos de acordo com os valores e crenças de todos que trabalham na instituição, acho que ficou bom para todos (Entrevistado 11).

O marco conceitual foi construído a partir de conceitos elaborados pelos enfermeiros, apresentados no momento I, nos quais descrevem as suas crenças e os seus valores.

O reconhecimento da importância dos conceitos elaborados está onipresente na fala dos sujeitos da pesquisa:

[...] se não souber o que é enfermagem não tem como trabalhar (Entrevistado 4).

[...] antes de ser profissional antes de ser enfermeiro, antes de ser qualquer coisa, eu acho que realmente é conseguir ser um ser humano, não é ser humano só porque nasceu você vai aprendendo a ser humano (Entrevistado 14).

[...] ser humano, porque a gente trabalha com ser humano, então se a gente não souber o que é o ser humano não adianta a gente trabalhar (Entrevistado 4).

[...] a equipe de enfermeiros da Santa Casa trabalha atendendo as necessidades humanas básicas (Entrevistado 3).

[...] foi importante esclarecer a diferença entre assistir e cuidar (Entrevistado 7).

[...] o cuidado está presente em todos os momentos e etapas da vida, em todas as direções não só na profissional, não só na pessoal, mas, em tudo (Entrevistado 14).

[...] cuidar desse paciente de forma humanizada, com atenção, vendo ele como um todo (Entrevistado 12).

[...] a gente está aqui para cuidar é a essência da nossa profissão (Entrevistado 5).

Os conceitos foram construídos a partir de discussões de aprofundamento teórico, de pesquisas e de análises de definições de autores de renome na área, o que favoreceu a assimilação e a compreensão do grupo em relação à importância desses conceitos, na construção do marco conceitual. Também contribuiu para a validação da prática e para se ter a sensibilidade de transpor os conteúdos para a esfera do entendimento de que o enfermeiro é um ser humano que trabalha com as pessoas, sendo que o cuidado de forma humanizada é a essência da profissão.

A elaboração dos conceitos foi determinante na construção dos instrumentos de coleta de dados e exame clínico. Destaca-se das falas a compreensão da

importância que a formação permanente possui nesse processo de enxergar a realidade com outros óculos conceituais, podendo assim criticar, construir novos significados.

O avanço de construir novos significados decorre de um trabalho árduo, de muito estudo e dedicação, disciplina e respeito aos saberes do outro.

Percebe-se que as concepções foram modificadas num processo gradativo e contínuo de aquisição de conceitos revelados até mesmo na terminologia utilizada nos registros.

[...] tem que ler muito, ler, ler, reler, ler, mas isso ajudou, nós acabamos crescendo, posso dizer mais crítico, quanto mais você lê, mais você, vê que não sabia, vai descobrindo novos mundos, novos horizontes, então vejo como foi importante para nós, abriu novas visões (Entrevistado 10).

[...] para mim foi bastante construtivo porque eu retomei as teorias, formamos os conceitos e em cima disso, começamos a construir um instrumento, então foi de muito aprendizado (Entrevistado 2).

[...] nós começamos a estudar as teorias, os conceitos de enfermagem, os conhecimentos que existem na enfermagem, e depois fomos construindo juntos, aprendendo, nós não sabíamos fazer corretamente o exame físico, então fomos aprendendo, uma foi ensinando a outra, algumas com mais facilidades, outras com mais dificuldades, o fator positivo, durante essa construção do instrumento [...] foi ter trabalhado com todos os enfermeiros porque uns tinham facilidade em um aspecto e outros em outro (Entrevistado 3).

[...] foi bom, porque a gente construiu o instrumento e revisou várias vezes, então para essas revisões tinha que estudar, não podia simplesmente chegar e falar põe isso tira aquilo, querendo ou não obrigou a estudar, se encontrar, se reunir, discuti um ouvir a opinião do outro (Entrevistado 5).

[...] o grupo se uniu, o grupo cresceu junto, com as experiências, uma trazia uma experiência, outra colega trazia outra, as reuniões que aconteciam sistematicamente também ajudaram e de certa forma forçava um pouquinho, a estudar porque, tinha reuniões marcadas, então você sabia que tinha que levar tua contribuição, o teu entendimento e isso para mim foram bastante positivos (Entrevistado 6).

[...] o aspecto mais importante da construção dos instrumentos são os encontros, a discussão esse crescimento teórico, é que nós estamos tendo ainda (Entrevistado 14).

A importância e a necessidade do aprofundamento teórico e do aprendizado individual e coletivo adquirido no processo, mencionados nos depoimentos

anteriores, originaram-se em função da construção dos instrumentos e tiveram como eixo articulador a interação entre os saberes e os fazeres dos enfermeiros.

A finalidade imediata da atividade teórica é elaborar ou transformar idealmente, e não realmente, para obter como produtos teorias que expliquem uma realidade presente ou modelos que prefigurem uma realidade futura. A atividade teórica proporciona um conhecimento indispensável para transformar a realidade, mas não transformam em si a realidade, a não ser quando apropriadas pela consciência individual e coletiva, e então se transformem as idéias em ações (VÁZQUEZ, 1968, p. 203).

Os instrumentos ancorados na teoria, no conhecimento, quando utilizados pelos enfermeiros promovem uma ação, o cuidar. A grandeza do cuidar consiste em adicionar gestos simples -ouvir, olhar, conversar, tocar, entre outros -ao processo científico e tecnológico de cuidar.

É imprescindível que os instrumentos sejam construídos, desconstruídos e reconstruídos, pois é uma ação que implica desvelar saberes, oportuniza as pessoas novos caminhos de pensar o seu fazer.

[...] o nosso instrumento ele não está terminado ele ainda tem muita coisa para melhorar, [...] a construção é uma forma de crescimento é uma forma de você começar a prestar mais atenção na realidade [...] o que está certo no instrumento e o que não funciona (Entrevistado 14).

[...] a gente precisa rever, que não é um instrumento pronto e acabado, a gente vai sempre adaptando, sempre revendo algumas situações e melhorando o instrumento, o cuidado (Entrevistado 11).

[...] opinei muito, vamos fazer assim, não vamos, e eu acho que foi bem importante, estamos em constante mudança (Entrevistado 7).

[...] cada dia a gente pode aprender alguma coisa do cuidar, a descoberta de que tudo aquilo que a gente faz tem respaldo científico (Entrevistado 2).

É importante a compreensão expressa nas falas de que nada está pronto e acabado, nem mesmo os profissionais da enfermagem, e a consciência de ultrapassar o senso comum na busca por respaldo científico, o qual está impregnado nos textos analisados.

As discussões constantes, as trocas de experiências, as análises individuais e coletivas favoreceram a concepção do grupo sobre a necessidade de sempre rever

as ações e os instrumentos, os quais são considerados passíveis de mudanças desde que o científico se sobreponha ao senso comum.

Esse foi um processo lento, gradativo, acumulativo, de convencimento e de percepção das contradições evidenciadas no redimensionamento dos instrumentos em relação às divergências de opiniões quanto à formatação e ao conteúdo do instrumento.

Foi um processo pautado na competência reflexiva adquirida de pensar e analisar criticamente a realidade para vencer as dificuldades, avançar na cientificidade do processo de SC, a partir da consideração da realidade institucional, e ter consciência do momento de desenvolvimento profissional de cada um e do grupo como um todo, das condições de avanços oferecidas pelo hospital e das conquistadas, tendo como horizonte próximo e não utópico o diagnóstico de enfermagem.

A implementação da SC na etapa de coleta de dados e exame clínico representa a primeira etapa de um processo que terá continuidade no diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem.

Na coleta de dados e exame clínico, as dificuldades representaram obstáculos a serem vencidos, em relação à administração e organização do tempo, assim como no sistema de informatização, na aprendizagem das tecnologias necessárias, decorrentes da compreensão de que o cuidado é o núcleo essencial do trabalho do enfermeiro.

4.2.2 Categoria 2 – dificuldades e avanços percebidos na implementação da SC

É essencial o entendimento de que a instituição hospitalar é um espaço social de luta e de possibilidades. Nesse sentido, é um espaço privilegiado tanto para compreender e analisar o cotidiano institucional, quanto para transformar as suas práticas e, conseqüentemente, a instituição.

A instituição hospitalar é um espaço de mudanças, sendo o local onde se concretizam as fases do processo de mudança planejada: o descongelamento é a primeira fase, aquela em que as pessoas ficam descontentes, porém conscientes da necessidade da mudança; a segunda fase, em que o agente de mudança identifica,

planeja e implementa a mudança, é o movimento; e a terceira fase é o recongelamento, no qual o agente de mudança auxilia a estabilização. Assim, qualquer mudança deve ter um tempo para a sua assimilação, “precisa de três a seis meses antes de ser aceita como parte do sistema” (LEWIN *apud* MARQUIS; HUSTON, 2005, p. 80).

Tal afirmação fica evidente nos seguintes recortes:

[...] nós encontramos algumas resistências, uma das dificuldades é o tempo, a mudança para o novo (Entrevistado 6).

[...] na implementação é claro que nem sempre o grupo vai pensar igual. Eu preciso organizar o meu tempo para que, possa daí implementar. Eu ainda não consegui organizar o meu tempo (Entrevistado 6).

Na área da saúde, o mundo atual exige o atendimento aos padrões e o pensamento independente e pró-ativo que garanta o atendimento individualizado e de qualidade, o que demanda hábitos de organização do tempo, iniciativa, criticidade, criatividade e, dentre outros aspectos, o de estabelecer relação dos conhecimentos assimilados com a prática a ser implementada.

Thofehrn (1999, p.72) relata que a não utilização da sistematização por parte dos profissionais deve-se ao “distanciamento muito grande entre o pensar e o fazer, entre teoria e prática, principalmente por não haver uma preocupação maior com a qualidade da assistência e sim com a demanda do serviço”.

Os enfermeiros devem ter clareza de que o pensar e o fazer vinculam-se à sensibilidade, ao cuidar do ser humano.

A qualidade da assistência está relacionada com a tecnologia, entendida esta como conhecimento científico (o saber) e como conhecimento técnico (o fazer), sendo necessário ao enfermeiro pensar o seu fazer (Meier, 2004).

Com os avanços da tecnologia, é imprescindível a inclusão da informática, pois o computador é um meio que subsidia a SC. Albertin (1999) comenta que é preciso planejar, controlar e executar as ações para que os dados coletados sejam processados e gerem informações relevantes para a tomada de decisão do enfermeiro na SC.

Nesse processo, o conhecimento científico e o conhecimento técnico são basilares para que os resultados sejam relevantes, pois a informática possui caráter

de suporte e não existe como um fim em si mesma. Assim, os sistemas¹ têm a finalidade de prestar informações ao enfermeiro, favorecer o alcance das metas previstas. Trata-se de uma tecnologia que contribui para o trabalho do enfermeiro, desde que utilizada de forma adequada.

[...] bom, eu acho que a informática no momento da sistematização ela fica meio de lado, porque a gente continua fazendo no método que sempre fez: a folha e a caneta. Numa conversa informal com o paciente, primeiro entrevista depois exame físico, [...] tem que estar sentado, observando, então, a gente faz SC no método normal entrevista, coleta de dados e exame físico, e passa para o computador, para fazer direto no computador é difícil porque, deixa o paciente, é importante que essas informações, sejam repassadas aos demais profissionais (Entrevistado 12).

[...] eu acredito assim, que a maior dificuldade, é que o computador é muito sequinho ou é aquilo ou não é, então não tem um meio termo, as vezes aquilo que você encontrou no paciente não é exatamente o que esta descrito, lá no processo que esta no computador e você não tem como explicar que ele tem uma alteração mas que não é exatamente aquilo que você esta vendo ali no exame físico, você tem que sair disso e ir lá para os comentários que é o que agente esta usando agora, mostra que a gente sabe (Entrevistado 14).

[...] quando começou a fazer o SAE pelo uso da informática, ficou muito retida a algumas respostas, a partir do momento que a gente começou a escrever mais, eu acho que desenvolveu muito mais porque eu conseguia pensar, conseguia olhar o paciente, desenvolver o histórico dele, então no começo eu senti uma certa dificuldade por ser check list então eu tinha aquela resposta e se não tivesse não existia (Entrevistado 13).

Os enfermeiros relatam a dificuldade com o PEP, quando era realizado por *check list*. Porém, ao mesmo tempo demonstram interesse em escrever dados significativos dos pacientes e disponibilizá-los aos demais profissionais. Eles falam, também, sobre a importância do sistema de informação para a instituição hospitalar.

Segundo Balduino (1999), após pesquisa em um Hospital Universitário, oitenta e cinco por cento dos enfermeiros utilizam sistema de informação hospitalar e relatam que a informatização facilitou a sua atividade diária e contribuiu com a organização da unidade.

¹ Sistemas – conjuntos de elementos ou componentes que interagem para atingirem objetivos. Possuem entradas e mecanismos de processamento, saídas e feedback, determinados pelos próprios elementos e suas relações (STAIR), 1998.

A SC, além da necessidade da informatização, exige do enfermeiro organização do tempo, ousadia, reflexão e a consciência do respaldo legal para o seu fazer. Porém, inúmeras vezes esse profissional deixa de realizar o que é de sua competência, para desenvolver outras atividades. É o que se pode inferir nos relatos abaixo:

[...] eu sei que a SAE é uma prioridade, mas largar outras prioridades e realizar a SAE me dispor desse tempo, que para mim, no mínimo é uma hora, é complicado algumas noites (Entrevistado 13).

[...] a nossa equipe trabalha direto com o paciente, então nós somos responsáveis por tudo, tanto administrativos quanto o cuidado, dentre outras funções que nós realizamos, eu penso que como quero que tudo saia muito certo, às vezes fico um pouco sem tempo, não por má administração do tempo para estar realizando o SAE, mas pelo fato de que os nossos pacientes também são pacientes graves e o cuidado é complexo, então não consigo mesmo (Entrevistado 7).

[...] não adianta daí eu fazer de qualquer jeito, eu quero fazer bem feito, eu preciso de tempo (Entrevistado 5).

[...] não consegue fazer a SAE com o total de doentes que temos (Entrevistado 3).

A administração do tempo é assinalada pelos sujeitos da pesquisa como uma dificuldade para a implementação da SC, porém é uma atitude aprendida com planejamento diário, o qual poderá auxiliar os enfermeiros na mudança planejada.

O enfermeiro organizado, que planeja o seu fazer, geralmente ultrapassa os limites técnicos, realiza o cuidado com sensibilidade, reconhece sentimentos, observa, participa e trata o ser humano sob sua responsabilidade, atende as suas necessidades biopsicossociais, espirituais e reconhece as suas limitações.

[...] a SAE requer tempo, porque tem paciente que você entra no quarto e ele tem a necessidade de conversar e não é em 5 minutos que você faz a entrevista, teve um, que puxei a cadeira e sentei, porque eu vi realmente que ele queria falar, ele queria falar, ele queria perguntar, ele estava sozinho já fazia dias [...] (Entrevistado 5).

[...] com a realização da SAE você vê mais, você observa melhor, você entende o que está acontecendo com ele, vê todo o histórico, você começa a prestar atenção com o que está acontecendo, perda de tempo não tem, só ganha no cuidado fazendo a sistematização (Entrevistado 11).

Eu já tive dificuldade bastante com o tempo, mas acho que a maior dificuldade é de não saber fazer, é falta de conhecimento, há situação que você tem que parar e pensar, mas de onde que vem isso, mas porque que

ele tem isso, qual é a causa, você tem que pegar um livro e ler e estudar, para você não escrever besteira [...] se não você vai escrever uma coisa que não tem fundamento, essa é a maior dificuldade, é o conhecimento mesmo (Entrevistado 14).

No seu fazer, o enfermeiro necessita de conhecimentos de semiologia e semiotécnica, conhecimentos esses basilares para o estabelecimento da relação teórico/prática, indispensáveis ao cuidado dos pacientes sob sua responsabilidade, embora o modelo biomédico ainda esteja onipresente na fala e impregnado no fazer dos enfermeiros, como se observa nas falas a seguir:

[...] a coleta de dado é mais tranqüila, porque você conversa, interage com o paciente, isso facilita porém, às vezes o paciente é debilitado, outra vez ele quer conversar um pouco mais, [...] no de exame físico, às vezes você pensa como foco principal a patologia do paciente que esta internado, mas nada que a gente não consiga mudar (Entrevistado 1).

[...] sempre vai encontrar dificuldade, porque sempre tem alguma coisa, alguma patologia, que o paciente conta que teve e que você não conhece, ou às vezes sinais ou sintomas que eu não lembro, tem que estar lendo, eu às vezes chego em casa e vou procurar, o que não conheço, então aprender vai aprender (Entrevistado 5).

O processo de estudo vivenciado, de contraponto entre concepções, favoreceu a percepção e a compreensão de que a essência da profissão do enfermeiro é o cuidar. Esse conceito permeia as ações do profissional de enfermagem, faz com que compreenda o cuidado como núcleo essencial do seu trabalho, sem desconsiderar as patologias. A idéia é interagir com o paciente e com a família dele, como pessoas e seres humanos “que têm necessidades a serem atendidas pelas enfermeiras” (TANNURE; GONÇALVES, 2008 p.8).

Para que o saber científico permeie o cotidiano do enfermeiro são imprescindíveis tempo e recursos para ampliar seus conhecimentos, aprender, investigar, pesquisar e pensar.

Tanto a capacidade reflexiva como o pensamento estruturado, organizado favorecem as soluções criativas e desenvolvem o pensamento crítico. Segundo Brookfiel *apud* Lima e Cassiani (2000, p.24) “pensar criticamente abre portas para novas perspectivas sobre o mundo, promove autoconfiança, encoraja o aprendizado para toda a vida e é uma das atividades mais significativas da vida adulta”.

Portanto, os enfermeiros são instrumentalizados com estratégias cuidativas inovadoras e a inovação é a participação coletiva por meio da troca de experiências e de saberes com seus pares, como demonstram os relatos:

[...] tive de estudar o exame físico, sobre o conhecimento de enfermagem, então saber o que é conhecimento, pensamento crítico, entre outros, para entender, o porquê (Entrevistado 4).

[...] nós, sem conhecimento, não conseguimos fazer a ciência, nem o cuidado cientificamente. Há necessidade de estudarmos constantemente, fazer leituras, com relação às teorias, ao conhecimento em enfermagem, a discussão em grupo, sempre enfocando o que é da profissão, porque ainda mesmo tendo essas leituras anteriormente, transcender o modelo biomédico ainda é muito complicado, porque quero comparar os dados que colho com os dados médicos, e nós precisamos desvencilhar disso, porque, fazer uma coleta de dados em enfermagem, difere significativamente do modelo biomédico (Entrevistado 3).

No relato, os enfermeiros mostram o caminho a ser trilhado. Para a ciência da enfermagem, o conhecimento é a meta que oportuniza a cientificidade; esta, por sua vez, proporciona autonomia no saber e no fazer do enfermeiro, favorece a visibilidade da profissão, colaborando assim com a satisfação do paciente e a qualidade do cuidado.

A satisfação do paciente se dá pela SC, que possibilita a individualidade, a singularidade; portanto, a atenção do enfermeiro está na pessoa como um todo e não na doença. Ele utiliza o instrumento de coleta de dados e o exame físico, os quais refletem a cultura da instituição, a missão do serviço de enfermagem.

A análise dos instrumentos e conseqüentes modificações visam à melhoria no sentido de adequação às características e às necessidades dos pacientes. Trata-se de um processo considerado não mutável, jamais pronto e acabado, mas dinâmico e suscetível de mudanças, sempre que a equipe julgue necessária, seja em função dos avanços na área, de mudanças no processo de trabalho da enfermagem, ou de elevação do nível de consciência e de ação a que os sujeitos ascenderem.

[...] hoje, já percebo, que o instrumento tem uma seqüência lógica, embora eu ache que constantemente nós precisamos estar revendo, mas de um modo geral ele corresponde o que a literatura recomenda (Entrevistado 3).

[...] têm algumas questões ali que têm que estar reformulando, vendo, porque cada paciente é diferente do outro, as vezes o formulário não te permite descrever uma situação do paciente (Entrevistado 1).

[...] se você entrar no quarto com tudo aquilo, dá impressão de ser longo, mas se você resumir, quando você vai fazendo você pega prática eu já sei o que tenho que perguntar, para aplicar ele na prática, não é longo (Entrevistado 5).

Cabe ao enfermeiro ousar, criar, inovar, selecionar, orientar, participar; todavia, na SC a coleta de dados é a base para as etapas seguintes. Na fala do sujeito da pesquisa está a criatividade e a inovação:

Na verdade eu até fiz um borrãozinho para não ir com aquele papel grande porque, muitas vezes aquilo assustava o paciente, quando eu entrava e falava, se poderia fazer uma entrevista, começava a folhar aquele papel e vira folha, vira folha, às vezes o paciente falava: Meu Deus, mas é tudo isso? Quantas mil perguntas você vai fazer? Então eu peguei e fiz um resumo que levo no bolso, eu começo com a idade, profissão, onde ele mora, no que ele trabalhou, lá na história de vida, desde que nasceu, vou seguindo uma ordem cronológica, daí no exame físico eu acredito que vai de acordo com o instrumento SC (Entrevistado 5).

O enfermeiro percebeu que o fato de utilizar o referido instrumento no momento da entrevista causa constrangimento ao paciente. Além disso, ao anotar perde dados importantes expressos no não verbal, pois “é na entrevista que se estabelece a relação enfermeira-paciente” (BARROS; MICHEL e LOPES; 2002 p. 37). Por outro lado, o paciente sente-se valorizado e estimulado a falar se não ocorrer interrupção, como demonstra a inquietação dos enfermeiros.

No meu caso é complicado porque na supervisão, principalmente a noite às vezes você tem que parar pela metade, estar voltando ao quarto, porque te chamam em outros lugares, então isso ao mesmo tempo que o instrumento é bom, demora, e para finalizar, esse entra e sai do quarto, atende uma emergência e volta, passa uma insegurança para o cliente, ela está aqui, mas ela não está só aqui (Entrevistado 9)

[...] eu faço toda a coleta de dados e o exame físico e depois eu preencho, para não ficar também atrapalhado o paciente, imagine você estar fazendoo exame físico dele, e cada parte que você examinar você parar para escrever (Entrevistado 10).

É de suma importância para o paciente a atenção dispensada pelo enfermeiro no processo de SC, para que esse não se torne mais uma metodologia e

sim um cuidado integral. E essa atenção é necessária também porque vários fatores interferem na realização da entrevista, tais como: temperatura, iluminação, ruídos, odores, entrada e saídas, dentre outros.

Antes de iniciar a coleta de dados o enfermeiro apresenta-se e estabelece um diálogo informal, com assunto de interesse do paciente. Essa conversa facilita a interação enfermeiro-paciente e estabelece uma relação de confiança entre eles: o enfermeiro explica ao paciente a necessidade de entrevistá-lo, utiliza uma linguagem adequada, ao nível de entendimento do paciente, o que é viável, desde que sejam contemplados os elementos do instrumento, que possui terminologia específica da área.

A terminologia que se encontra no nosso SAE ele é de fácil compreensão desde que nós tenhamos feito às leituras e os estudos em grupos [...] vez ou outra tenho alguma dificuldade de compreender de interpretar de analisar os dados que colhi na anamnese, e no exame físico (Entrevistado 3).

Ela é adequada dentro da teoria adotada, depois que a gente se familiariza e procura ver as necessidades do paciente, fica uma terminologia fácil (Entrevistado 6).

Para os enfermeiros que atuaram e atuam na SC as opiniões divergem quanto à aplicação do instrumento, principalmente em relação ao modelo e à coerência:

Ele é longo, mas mesmo ele sendo longo tem algumas coisas que ainda falta, depende muito do paciente (Entrevistado 14).

Eu ainda acho muito longo, mas, parece que tudo que você quer tirar é importante, não consigo ver como encurtar (Entrevistado 6).

Eu acho que ele é coerente, embora tenha muitas dúvidas; eu acho que as dúvidas que eu tenho elas são relacionadas ao conhecimento não que o instrumento (Entrevistado 14).

Para realizar a SC o enfermeiro estabelece com o paciente uma relação de confiança que requer habilidades na comunicação verbal e não verbal. Para estimular a comunicação o enfermeiro deve demonstrar interesse em conhecê-lo, utilizar na coleta de dados perguntas abertas para estimular o relato, manter-se atento quando o paciente está falando, observar a comunicação não verbal, a qual se manifesta por expressões faciais, gestos, movimentos do corpo, tom de voz,

postura, e perceber ainda sinais de dor, tristeza, irritabilidade, ansiedade, preocupação, dentre outros.

As habilidades, as competências significam que os conhecimentos foram mobilizados, em função dos objetivos propostos, e revelam-se como tecnologias que favorecem a visibilidade do profissional e garantem a autonomia que gera o respeito do paciente, à medida que percebe a segurança e a cientificidade nos processos cuidadosos.

4.2.3 Categoria 3 – sistematização do cuidado: tecnologia geradora de identidade, visibilidade e autonomia profissional

Para Meier (2004,), o conhecimento científico (ciência) e o conhecimento prático (fazer) constituem-se em uma tecnologia que, além da ciência e do fazer, contempla aspectos comunicacionais, biológicos, emocionais, dentre outros.

A comunicação é uma das necessidades humanas básicas, é por meio dela que o enfermeiro aborda o paciente, constrói a sua identidade e contribui para a visibilidade da profissão.

[...] você se identifica, que você é enfermeiro, tem universidade, que isso é um instrumento, que só os enfermeiros fazem, ele vai ser bem melhor aceito pelo paciente (Entrevistado 12).

[...] é sempre ótimo, sempre muito boa, tanto antes quanto durante quanto depois, [...] me apresento, converso depois faço a SAE (Entrevistado13).

[...] quando ele vê que um enfermeiro está ali do lado perguntando tudo, ele se sente importante e alguns clientes perguntam: mas por que você quer saber isso? Então é importante explicar, para que ele conheça o nosso trabalho e então o paciente depois vai se soltando ao longo da entrevista e ele percebe que estão se preocupando com ele (Entrevistado 6).

Os pacientes recebem e aceitam bem, sentem-se importantes e valorizados, quando os enfermeiros realizam a SC.

[...] é interessante, porque até então todas as vezes que eu fiz a receptividade foi boa, porque a princípio eles não conhecem esse trabalho [...] para o paciente é interessante é novidade, [...] todos foram bem receptivos (Entrevistado 1).

[...] a partir do momento que eles entendem, que é para melhorar a assistência, estar podendo ajudar de outras formas, não só aquela patologia, eles aceitam bem e gostam (Entrevistado 9).

Todos os pacientes que eu fiz a SAE receberam muito bem, eles se sentem cuidados, tanto o paciente quanto o acompanhante, é um meio do enfermeiro se aproximar, o paciente reconhece o enfermeiro como profissional, eles chegam até mesmo a nos procurar, conhecem pelo nome e isso é muito importante para nós (Entrevistado 8).

O enfermeiro deve estar atento para o impacto que a doença pode causar na pessoa, bem como em seus familiares. Toda a família que tem uma pessoa doente passa por um processo de transição, o qual resulta em mudanças a respeito de si própria e do outro, bem como mudanças nos comportamentos pessoais e nas suas relações. Esse processo de transição pode levar a várias crises (ZAGONEL, 1998).

A crise põe em perigo o equilíbrio habitual ou a harmonia existencial do paciente, porque traz com ela uma revelação brutal: a precariedade de um status anterior (SILVA, 2001). O relato a seguir caracteriza a crise:

[...] porque na realidade algumas pessoas recebem como uma agressão no sentido de que não precisa falar da vida dela, que não tem a obrigação de passar dados, informações (Entrevistado 7).

As pessoas em transição “passam por um processo de mover-se de um período de certezas e estabilidade, passando através de uma fase de incerteza e instabilidade, para um período de certeza e estabilidade novamente” (ZAGONEL, 1998, p. 56).

O enfermeiro com esse conhecimento aumentaria as possibilidades de ajuda ao ser humano, não enfocando a doença e sim a cura, pois esses pacientes são freqüentemente confusas, incertas e necessitam de cuidados. Cabe ao profissional compreender a preocupação central da pessoa em transição e ajudá-la.

E, para isso, o enfermeiro pode envolver a família dessa pessoa, os amigos, colegas de trabalho.

[...] as famílias colaboram bastante, se interessam, ajudam a dar informações a respeito do paciente, se sentem valorizadas, importantes, integradas no cuidado (Entrevistado 11).

A família está sempre participando, tem algumas ocasiões que parece que estou fazendo a SAE com a família e não com o paciente, porque ele acaba respondendo, e tenho até que interferir e tentar direcionar para o paciente, então acredito que a família aceite bem (Entrevistado 7).

[...] quando a gente faz o SAE eles já levantam alguns problemas, a família já vem querendo algumas intervenções, teve uma paciente que eu fiz o SAE, a filha queria saber, como ela iria cuidar da mãe em casa, ela não aderiu aos cuidados, dieta, a filha queria, como se fosse uma prescrição de enfermagem, para ela fazer os cuidados, então isso é uma coisa que deixa a gente muito satisfeita com o trabalho que estamos fazendo, é produtivo (Entrevistado 8).

Como se pode observar nos depoimentos transcritos acima, a coleta de dados possibilita o falar e o ouvir, o que auxilia na resolução dos problemas dos pacientes em transição.

O enfermeiro deve favorecer a participação da família no processo de SC, pois o paciente é de sua responsabilidade. Segundo Santos (1999), para que a família seja geradora de cuidados são necessários o apoio e a adesão da equipe de enfermagem.

A família não conseguiu compreender o que o enfermeiro faz, já tive experiências que os familiares vieram perguntar o que eles estão fazendo? É semelhante ao que o médico faz? (Entrevistado 3).

[...] às vezes a família fica meio receosa querendo saber o porque, porém responde, em algumas situações não sabendo por que está respondendo, mas não tive problema quanto a receptividade não (Entrevistado 6).

A família fica meio insegura, mas depois que eles vêem que é profissional, eles acabam nos dando informações, que às vezes o paciente não fala (Entrevistado 9).

O enfermeiro é elemento indispensável no processo de SC, porém é necessário que ao mesmo tempo ele utilize adequadamente sua visibilidade e voz, fatores igualmente importantes na arte de cuidar (SILVA; KEMMER, 2007).

Compete ao enfermeiro exercer todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe, privativamente, o planejamento, organização, coordenação, execução,

avaliação e direção do serviço de enfermagem. Este esclarecimento favorece a visibilidade profissional perante a comunidade interna e a externa (COFEN, 1986).

[...] acredito que a visibilidade aumentou, pois muitas vezes os residentes e os médicos procuram informações no SAE, pois nos temos uma visão generalista e eles especialistas (Entrevistado 9).

[...] nós estamos aparecendo dentro e fora do hospital fazendo a SAE, estamos nos destacando com os familiares, pois sabemos informar o estado de saúde de nossos pacientes, isso para mim é visibilidade e autonomia (Entrevistado 13).

Como afirma Pires (2005), o enfermeiro precisa ter uma visão ampla e abrangente da área da saúde, e buscar conhecimentos nos diferentes espaços de atuação, inserir-se em todos os campos sociais, agir como um ser politizado, consciente de suas atribuições e responsabilidades, enquanto transformador das condições dos indivíduos.

É fundamental que a profissão alcance uma representatividade social, adote uma postura crítica frente ao contexto de sua prática, esteja mais presente nas posições de poder, para garantir decisões no seu saber e no seu fazer. É essencial que o enfermeiro atue na transdisciplinaridade², pois favorece a visibilidade e a autonomia do seu fazer, como se observa nos relatos a seguir:

[...] percebo até uma determinada curiosidade por parte de outros profissionais, pois começaram a perguntar. O que vocês estão fazendo? Então, dá visibilidade e também autonomia porque se eu sei o que meu doente tem. Eu sei o que fazer, dá autonomia no cuidado (Entrevistado 6).

[...] o paciente passa a confiar no meu trabalho, eles vêem que sou profissional, respeitam, buscam informações. Fiz um SAE e o acompanhante falou: nossa nem o médico examinou minha mãe tão bem! Então é visibilidade e autonomia (Entrevistado 8).

² Por transdisciplinaridade entende-se “aquelas situações do conhecimento que conduzem à transmutação ou ao traspasse das disciplinas, à custa de suas aproximações e frequentações. Pois além de sugerir a idéia de movimento, da frequentação das disciplinas e da quebra de barreiras, a transdisciplinaridade permite pensar o cruzamento de especialidades, o trabalho nas interfaces, a superação das fronteiras, a migração de um conceito de um campo de saber para outro, além da própria unificação do conhecimento. Trata-se, portanto, de uma interação dinâmica contemplando processos de auto-regulação e de retroalimentação, e não de uma integração ou anexação pura e simples” (DOMINGUES, 2003. p. 02).

A SC, quando realizada de maneira individual, com respeito ao ser humano, no intuito de atender às necessidades humanas básicas, pode extrapolar os muros da instituição, para oportunizar a visibilidade e autonomia profissional a outros espaços.

A autonomia tem como consequência evidenciar a participação de todos os enfermeiros nos programas da instituição, tanto na perspectiva interna e nas articulações com a rede de serviços, como nas relações com os grupos comunitários.

Na busca de uma postura crítica, os enfermeiros devem agir de modo solidário, para o alcance de uma autonomia crescente e consubstanciada no processo de construção do conhecimento que reúne a troca de saberes, as experiências vivenciadas e a SC em compromissos recíprocos, como evidenciam os relatos:

[...] penso que tem que ter conhecimento primeiro, você não consegue se comprometer com alguma coisa que tem medo [...] eu tenho vergonha de colocar uma coisa que está errada (Entrevistado 14).

[...] nós temos que nos valorizar e a cada dia mais nos comprometer, mesmo com dificuldade, com falta de tempo, [...] ter comprometimento em realizar a SAE que faz parte da nossa profissão é um documento, vai ficar registrado (Entrevistado 8).

[...] quando eu visto a camisa, vou fazer o SAE e me dedicar para este paciente, para eu conhecer ele de verdade, adequar a assistência que ele precisa ao que eu tenho a oferecer, isto é comprometimento (Entrevistado 9).

[...] é uma das obrigações do enfermeiro, está na lei fazer a SAE, então nós temos que nos comprometer, hoje eu vou fazer um SAE, [...] tem que ter esse comprometimento (Entrevistado 10).

A SC tem por finalidade aprimorar enfermeiros comprometidos com as questões de mudanças na qualidade das práticas de vida e saúde das pessoas, empenhados na construção do conhecimento no cuidar. O enfermeiro buscará soluções para a prática cuidativa, tendo como meio a cientificidade, a qual provoca mudanças que oportunizam a qualidade da SC.

[...] a qualidade é boa, a coleta de dados e o exame clínico favorecem a análise para as outras etapas (Entrevistado 5).

[...] nós vamos ganhando o paciente fazendo a SAE, tem dados de suma importância que só nos enfermeiros conseguimos dos pacientes. Por isso os médicos procuram onde as enfermeiras escrevem (Entrevistado 7).

[...] depois dos dados coletados, você tem uma visão totalmente diferente do paciente, realmente você consegue ver ele como um todo, muda até a aproximação, o cuidado, a conversas com ele fica bem mais fácil (Entrevistado 10).

[...] se eu consigo ler a SAE de um colega e vejo o paciente por completo, isso é qualidade para mim (Entrevistado 13).

[...] penso que os dados são bastante importantes, pois aproximam o enfermeiro do paciente, incentiva o saber, consequentemente proporcionam um cuidado de qualidade (Entrevistado 11).

A postura pessoal e profissional dos enfermeiros implica estar no mundo para ver, ouvir, sentir, fazer, pensar e repensar de maneira clara e crítica, permitir a transformação e oportunizar o desenvolvimento do seu potencial, para favorecer o início das etapas seguintes da SC.

[...] eu tava discutindo com uma enfermeira, que quando eu faço a coleta de dados e o exame clínico, redijo, descrevo, disserto no prontuário do paciente, imediatamente já vem a necessidade de fazer o diagnóstico para você prescrever e evoluir, nos já estamos preparados para realizar as próximas etapas (Entrevistado 3)

[...] a coleta de dados e o exame físico é a base para um diagnóstico fidedigno (Entrevistado 5).

[...] a coleta de dados e o exame físico, possibilita o diagnóstico de enfermagem [...] as intervenções que é a prescrição de enfermagem, evolução e avaliação (Entrevistado 8).

[...] penso que podemos passar para as etapas seguintes, mas tem que estudar, porque se não estudar não consegue fazer o SAE com qualidade (Entrevistado 14).

[...] já tenho os diagnósticos levantados, só estou esperando a TI para dar início as próximas etapas (Entrevistado 11).

O prazer e a responsabilidade com a construção do conhecimento na prática possibilitam ao enfermeiro ser crítico e criativo, aprender a aprender e a

instrumentalizar-se, sendo auto-motivado para motivar os colegas a pensar, a conhecer e a conviver (MORIN, 2004).

Nosso grupo não pode parar de estudar, temos que estar bastante unidas, procurar trazer, puxar os enfermeiros que estão chegando e dar continuidade e implementar as outras etapas (Entrevistado 6).

[...] devemos continuar, pois seremos reconhecidos como profissionais que cuidam, que estão diretamente com o paciente e profissionalmente vamos nos tornar reconhecidos, visível, sempre buscando a construção do conhecimento (Entrevistado 3).

[...] manter o grupo de estudo, no grupo expor as dificuldades assim todos crescem (Entrevistado 11).

[...] aumentar o número de enfermeiros na instituição, poderíamos aumentar os números de SAE (Entrevistado 13).

[...] com a SAE mostramos a força do trabalho do enfermeiro, e seu significado no cuidar (Entrevistado 11).

Na prática, os enfermeiros, cada vez mais, têm aprimorado sua formação profissional no que tange ao conhecimento relacionado ao estado físico, psicossocial e espiritual dos pacientes e seus familiares, para assim proporcionar visibilidade ao seu saber/fazer e saber/ser.

A proposta é de se fazer presente na instituição, por meio da SC. Na comunidade externa, o enfermeiro deve ser visto como um ser crítico e criativo, como ser agente de mudança.

4.3 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA SC: UMA SÍNTESE DAS CATEGORIAS

O foco da síntese é o de apresentar os aspectos significativos vivenciados em todo o processo de construção da etapa de coleta de dados e exame físico da sistematização do cuidar. Compreende desde o primeiro momento, constituído pelo desencadeamento do processo, a adesão dos sujeitos da pesquisa, os estudos teóricos e a construção do marco conceitual.

Esses elementos foram fundamentais e contribuíram significativamente para a construção do momento I, que compreende a qualificação dos enfermeiros elaboração dos instrumentos, implantação e a implementação do processo de SC.

No momento II a síntese do processo de construção da SC na sua totalidade, reporta-se aos resultados e à discussão dos dados, fundamentados teoricamente.

O grupo de enfermeiros foi chamado a participar da pesquisa, com o objetivo de desenvolver um trabalho científico, fundamentado teoricamente e que respondesse às necessidades e dificuldades percebidas pelo grupo no cuidar dos pacientes sob sua responsabilidade.

Dentre as lacunas apontadas ficou evidente a necessidade de implementar a SC, constituindo-se como uma tecnologia que contribui para a instrumentalização do enfermeiro no processo cuidativo, fundamentado na qualidade e na cientificidade da sua prática profissional.

O grupo de enfermeiros assumiu o desafio proposto e considerou a importância do trabalho que seria desenvolvido, principalmente por já possuir uma sistemática de reuniões coletivas para discussão e reflexão sobre a prática realizada. Esse processo instaurado de formação permanente foi fundamental para a adesão dos sujeitos à pesquisa e para o desencadeamento da proposta.

A necessidade da cientificidade originou-se, dentre outros aspectos, das inquietações dos enfermeiros na busca de respostas às dificuldades, lacunas e necessidades surgidas no seu fazer profissional. Um dos fatores determinantes foi a instituição empregadora, que favoreceu o desenvolvimento profissional dos enfermeiros na medida em que oportunizou a participação desses profissionais em Cursos de Especialização e Mestrado, o que contribuiu para se vislumbrar novos horizontes, proporcionar o aprofundamento dos estudos em várias áreas do conhecimento.

A formação permanente, processo já existente na instituição, contribuiu para o fortalecimento do grupo em relação aos avanços teórico-práticos, à convivência e ao estabelecimento de objetivos comuns, baseados num trabalho constante, organizado e processual, isto é, construído coletivamente.

Os encaminhamentos e as tarefas foram assumidos por todos, e a participação na tomada de decisões e nas propostas foi também coletiva, em função dos objetivos traçados.

A proposta apresentada e discutida com os enfermeiros veio ao encontro da necessidade evidenciada pelo grupo, que era a de imprimir cientificidade ao cuidar. Assim, estabeleceu-se a necessária relação teórico-prática.

O grupo manifestou gradativo avanço na compreensão das concepções científicas na área da saúde e apresentou sinais de insatisfação em relação à prática cuidativa desenvolvida. A proposta de SC veio ao encontro das necessidades e das dificuldades apresentadas pelo grupo.

A proposta de implementar a SC ficou restrita nesse período, a coleta de dados e exame físico correspondeu às expectativas dos enfermeiros, em função da necessidade do grupo de pautar a prática cuidativa em fundamentos científicos de níveis mais aprofundados.

A opção pela “Teoria das Necessidades Humanas”, de Wanda de Aguiar Horta, ocorreu após a leitura de outras teorias, do confronto com a prática realizada, da aquisição e de conceitos teóricos advindos da formação inicial.

Infere-se pelos depoimentos que os conceitos da teoria de Wanda de Aguiar Horta foram significativos e estavam incorporados na prática dos enfermeiros, mesmo que inconscientemente, pois, segundo eles, era a teoria cujos conceitos mais se aproximavam da realidade do hospital.

O estudo das teorias de enfermagem, dentre outros estudos teóricos, teve a finalidade de buscar aquela que desse respaldo consistente para a prática profissional vigente no ambiente hospitalar e que contemplasse as concepções teóricas e práticas dos enfermeiros.

As discussões teóricas e coletivas foram marcantes nesse processo de construção de saberes, de concepções científicas e de fortalecimento do grupo em torno de objetivos comuns.

Dentre as dificuldades evidenciadas destacou-se a formação inicial, pois se acredita que essa formação é insuficiente para dar conta dos avanços científicos na área da saúde e, ainda, de promover a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade, tendo em vista as inúmeras possibilidades de atuação do enfermeiro. Entende-se que a formação de um profissional da enfermagem não se esgota nesse nível, mas continua ao longo da vida, na modalidade de formação permanente.

As concepções estudadas, discutidas, oportunizaram o aprofundamento dos estudos e a definição de um corpo de conhecimentos teóricos que fundamentou a construção do marco conceitual.

O pensamento crítico teve um lugar de destaque em toda trajetória de discussão, sendo favorecido pela participação ativa e autônoma dos sujeitos. Ficou evidente principalmente em duas situações: quando um dos critérios estabelecidos pelo grupo na escolha da teoria foi o fato de Wanda Horta ser brasileira; e quando se criticou o modelo biomédico.

Os conceitos teóricos de Horta, assimilados pelo grupo, nortearam o processo de construção do marco conceitual, a elaboração dos instrumentos e a implementação da SC.

O marco conceitual indica o entendimento teórico/prática que os enfermeiros possuem, revela crenças, valores e os traços culturais da instituição a que pertencem. Foi construído no contraponto das concepções alternativas e das científicas, não ficou restrito apenas à teoria que lhe serviu de base, mas extrapolou, incluiu elementos significativos de outros estudos que estavam incorporados nas suas concepções, que evoluíram gradativamente e favoreceram novas descobertas.

Os enfermeiros que participaram da pesquisa criaram novos conceitos de cuidar, cuidador, autocuidado, entre outros, ampliaram e incluíram os de ser humano, ambiente, saúde/doença, necessidades humanas básicas, assistir em enfermagem.

Para a elaboração dos instrumentos foi necessário o aprofundamento teórico, a construção do marco conceitual por meio de discussões, troca de saberes, cooperação, interação, respeito às idiosincrasias³ de cada partícipe e às diferenças culturais, teóricas, ideológicas.

A instituição hospitalar é um espaço social de luta, de possibilidades e contradições, o que ficou evidenciado na aplicação dos instrumentos em função da resistência de alguns enfermeiros, muito presos ainda ao cumprimento das tarefas estabelecidas, que consideravam prioritárias. De certa forma, isso acontecia em detrimento da qualidade da assistência.

Dentre as dificuldades apontadas percebe-se que a organização do tempo teve destaque. Pela cultura institucional assimilada em relação ao cumprimento das tarefas rotineiras, consideradas como imutáveis, julga-se quase impossível o repensar de novos tempos e espaços cujas necessidades parecem, para alguns

³ Idiosincrasias: termo definido como uma característica de comportamento ou estrutural peculiar a um indivíduo ou grupo

profissionais, não se coadunar com as novas concepções e exigências postas na área da saúde.

Na SC proposto pelo grupo, a organização do tempo deve priorizar a relação teórico-prática, fundamentada no conhecimento científico e no conhecimento técnico, os quais são basilares para obtenção de resultados relevantes.

Entende-se que esse distanciamento entre o pensar e o fazer, a rigidez dos tempos estabelecidos em função das tarefas rotineiras, as resistências ao novo gradativamente serão substituídos à medida que os sujeitos assimilarem a importância da cientificidade no seu fazer, como tecnologia imprescindível para o cuidado.

O conhecimento técnico-científico inclui os conhecimentos de informática como suportes ao trabalho do enfermeiro e essa é uma tecnologia importante na SC, sobretudo pela rapidez e agilidade no acesso às informações, o que deixa mais tempo disponível para o cuidar.

As dificuldades evidenciadas pelos enfermeiros entrevistados focaram, dentre outros aspectos, as dimensões pessoal, profissional e institucional, as quais estão inter-relacionadas e influenciam-se mutuamente, sendo a cultura de cada um e a cultura institucional elementos imprescindíveis para as mudanças desejadas.

A criação de um clima institucional favorável foi importante no processo de formação permanente, o qual contribuiu para dar continuidade à formação inicial e complementar lacunas advindas dessa formação, favoreceu a concepção presente nas falas, de que o cuidado realizado com sensibilidade configura-se na expressão “gente que cuida de gente” (HORTA, 1979, p. 3).

O cuidado fundamentado nessas premissas apresenta dificuldades e facilidades, as quais se revelam nos relatos, identificadas e caracterizadas nas dimensões pessoal, profissional e institucional.

Na dimensão pessoal percebe-se a influência da cultura institucional - constituída pelas regras e normas explícitas e implícitas estabelecidas pela instituição - e a importância, nesse contexto, da história de vida de cada um, da sua formação inicial e permanente. Esses elementos, dentre outros, determinam a interação estabelecida com o grupo, entre enfermeiro-paciente, e ainda a subjetividade com a qual cada um percebe e compreende o seu fazer e o seu saber.

Na dimensão profissional destacam-se as deficiências na formação acadêmica, a necessidade de educação permanente, a importância da coesão do

grupo, o apoio da gerência de enfermagem e da própria instituição em relação a oportunidades de desenvolvimento profissional, viabilizando a participação em eventos científicos e em cursos de pós-graduação na área.

Os conhecimentos adquiridos proporcionam autonomia e segurança na SC, o que favorece a satisfação do paciente, pois a atenção do enfermeiro está no ser humano, na sua integralidade, e não especificamente na doença.

Percebem-se na análise, resquícios do modelo biomédico, mas que vêm sendo superados pela elevação do nível de compreensão teórico-prática. Tal postura evidencia-se no construir, desconstruir e reconstruir os instrumentos da SC a partir das concepções teóricas assimiladas e da aplicação desses instrumentos com a sensibilidade necessária para captar dados importantes.

Para alguns enfermeiros a compreensão e análise dos dados obtidos por meio da coleta de dados e exame físico ainda se apresentam como uma dificuldade a ser superada, assim como a contradição explicitada em relação a opiniões divergentes, entre a formatação, conteúdo do instrumento, coerência e objetividade.

Em geral, a implementação da SC oportuniza ao paciente o cuidar individualizado. O processo como um todo tem contribuído para marcar e definir a função essencial do enfermeiro, que é o cuidar. Mas é um cuidar diferenciado de qualquer cuidar, é um cuidar fundamentado na cientificidade, na sensibilidade, na coleta e na análise de dados.

As dificuldades, as facilidades e as lacunas percebidas na implementação do processo de SC têm contribuído para o desenvolvimento pessoal, profissional e institucional, que se configura na postura crítica assumida pelos enfermeiros, na autonomia crescente do grupo, na participação dos enfermeiros dos programas da instituição, nos cursos de pós-graduação e eventos científicos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática em estudo revela a importância que a SC possui, em função da cientificidade que atribui aos procedimentos cuidadosos dos enfermeiros e da elevação do nível de consciência e de ação no desenvolvimento pessoal, profissional e institucional.

O estudo teve como questão norteadora a compreensão de como os enfermeiros percebem o processo de construção da SC, tendo como objetivos: descrever o processo de construção da SC, caracterizar a implementação da etapa de coleta de dados e exame físico e sintetizar o processo de construção da SC na etapa de coleta de dados e exame físico.

A pesquisa, desde a apresentação dos objetivos, foi construída e desenvolvida pelo grupo. Seus conceitos foram checados nos encontros realizados, nos quais as concepções alternativas do grupo foram sendo gradativamente confrontadas com as concepções científicas, estudadas e aprofundadas por meio das referências indicadas, das práticas desenvolvidas, das discussões e das análises do grupo.

Nesse processo de reflexão, estudo e criação, a identidade institucional e a dos enfermeiros foram sempre respeitadas. Consideraram-se os seus fazeres, os seus saberes, as suas dificuldades e necessidades evidenciadas em relação ao objeto de estudo proposto.

As representações do grupo sobre o processo vivenciado formaram um corpo de informações valiosas que se configuraram em indicadores para a construção das categorias de análise do estudo em questão.

Na técnica de análise das categorias foram destacados os objetivos de superação da incerteza e de valorização dos dados. Com fundamentos na proposta de análise de Bardin (2000), procedeu-se a identificação dos significados e, a partir da identificação dos conteúdos da mensagem, descobriram-se os núcleos de sentido que compuseram os textos da comunicação, considerou-se a recorrência dos conceitos e seus significados para o estudo (sem desconsiderar, dentre os não recorrentes, os diferentes).

As unidades temáticas foram compostas após leituras e impregnação dos dados pelo pesquisador e organizadas em função dos objetivos propostos na pesquisa, sendo que as unidades de significados emergiram dos dados analisados.

A análise dos dados, fundamentada na revisão de literatura, favoreceu a identificação de aspectos relevantes à temática na formação de categorias. Nesse processo foi também considerado o estabelecimento da relação teórico-prática, em função dos objetivos propostos e do quadro teórico do estudo, relativos aos elementos basilares na construção da SC.

Destacam-se na categoria 1 os elementos basilares na construção da SC, considerando-se como fundamental o processo já instaurado na instituição de formação permanente do grupo de enfermeiros, no sentido de pensar, refletir sobre a prática desenvolvida e propor encaminhamentos.

A reflexão sobre a prática oportunizou o desenvolvimento do pensamento crítico, favoreceu a identificação e a caracterização das dificuldades e das necessidades vigentes naquele momento, em relação ao processo cuidativo. Essa foi uma ação que despertou bastante interesse, uma vez que, segundo o grupo, havia carência de aprofundamento teórico e necessidade de imprimir caráter de cientificidade ao cuidado.

Destaca-se a importância que o pensar criticamente teve no desenvolvimento deste estudo, pois constituiu-se como instrumentalização eficaz na abertura para aceitação do novo, e como estímulo e fator determinante para a participação e desenvolvimento da pesquisa. Contribuiu, ainda, para ultrapassar os limites impostos pelas práticas rotineiras vigentes.

Dentre as lacunas apontadas ficou evidente a necessidade de implementar a SC, que, como se pôde constatar, vem se constituir como uma tecnologia importante para a instrumentalização do enfermeiro no processo cuidativo, fundamentado na cientificidade evidenciada e na relação teórico-prática.

Outro elemento importante é o fato de a instituição empregadora favorecer o desenvolvimento profissional e institucional mediante o estímulo e a participação dos enfermeiros em cursos de pós-graduação e eventos científicos. Os resultados das participações nesses cursos e eventos evidenciaram-se nas concepções atuais da área, na defesa e no convencimento do grupo sobre a importância da proposta de implementação da SC.

Na implementação da SC optou-se pela teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, dentre o estudo de outras teorias, pela identificação dessa teoria e sua autora com a prática cotidiana dos enfermeiros e pelos conhecimentos advindos da formação inicial, no período da graduação.

Os estudos teóricos e a definição do marco conceitual revelaram-se como marcantes nesse processo de construção de saberes, de concepções científicas e de fortalecimento do grupo em torno de objetivos comuns. A construção do marco conceitual incluiu elementos significativos de outros estudos, os quais foram incorporados pelo grupo, e contribuiu para a compreensão e extrapolação dos elementos da proposta básica de Horta.

A construção do marco conceitual e a criação de novos conceitos foram relevantes para a elaboração dos instrumentos da SC, na etapa de coleta de dados e exame físico.

Os instrumentos de coleta de dados e exame físico foram reestruturados pelos enfermeiros à medida da sua aplicação. Nas discussões para o redimensionamento dos instrumentos evidenciaram-se inseguranças, fragilidades e progressos, que se configuraram (um tanto contraditoriamente) como comportamentos e atitudes de resistência, persistência, resiliência, conhecimento científico, avanços na compreensão do processo cuidativo, na relação estabelecida entre enfermeiro e paciente e no embate teórico-prático entre os sujeitos do próprio grupo.

Na categoria 2, referente às dificuldades e avanços percebidos na implementação da SC, os enfermeiros perceberam que pensar o novo implica um redimensionamento da organização dos tempos e dos espaços, pois o mundo atual na área da saúde exige padrões que garantam o atendimento individualizado e de qualidade no estabelecimento da relação dos conhecimentos assimilados com a prática a ser implementada na SC.

Essa relação teórico-prática evidencia-se no distanciamento entre o pensar e o fazer, na preocupação com o cumprimento das tarefas rotineiras, que muitas vezes se sobrepõe à assistência de um processo cuidativo de qualidade, entendido neste contexto como tecnologia que contempla o conhecimento científico (o saber) e o conhecimento técnico (o fazer).

A implementação de tecnologias em relação ao saber e ao fazer, o suporte da informática para a agilização dos relatórios advindos dos dados registrados,

constituem-se como elementos essenciais no controle e na execução das ações para que os dados processados gerem informações relevantes para a tomada de decisão do enfermeiro na SC e contribuam para ultrapassar os limites estabelecidos no cumprimento das tarefas rotineiras, consideradas, até então, como imutáveis.

A concepção e a conseqüente conscientização dos enfermeiros sobre a importância do cuidado baseado na cientificidade como núcleo essencial do trabalho do profissional de enfermagem, firmam-se como avanço significativo em relação aos resquícios do modelo biomédico. No processo vivenciado de contraponto entre concepções alternativas e científicas, esse modelo foi parcialmente descaracterizado, sem, contudo, descaracterizar as patologias. Sobrepôs-se a ele a concepção do cuidado como núcleo essencial do trabalho do enfermeiro.

Tal concepção tem seus fundamentos na relevância que assume a interação com o paciente, entende-o como ser humano que tem necessidades e que faz parte de outros sistemas que lhe conferem individualidade, personalidade e identidade própria, e como tal é considerado, em todas as dimensões humanas.

A adequação dos instrumentos às necessidades do paciente é um processo gradativo de percepção de que nada está pronto e acabado; portanto, nada é imutável, mas dinâmico e suscetível de mudança, sempre que for necessário para garantir a qualidade da SC.

Na categoria 3 – a sistematização do cuidar: tecnologia geradora de identidade, visibilidade e autonomia profissional – os conhecimentos assimilados pelo grupo, nas dimensões teórico-práticas do processo de implementação da SC, conferiram autonomia e segurança aos enfermeiros diante dos pacientes, dos familiares, de outros profissionais da área e deles próprios, o que favoreceu a visibilidade do enfermeiro e da profissão.

A visibilidade do enfermeiro e da profissão é favorecida quando a equipe de enfermagem percebe a conexão e a relação estreita que existe do seu fazer com outros processos e outras equipes de saúde no ambiente hospitalar, tanto internamente, quanto externamente. Ao vivenciar o trabalho em equipe, as concepções e as ações são fortalecidas, principalmente pela cientificidade imprimida ao saber e ao fazer do enfermeiro na SC.

A valorização pessoal e profissional dos enfermeiros foi conferida pela visibilidade das mudanças em seu ambiente de trabalho e nas ações pautadas na cientificidade.

Os questionamentos refletem o nível de consciência e de ação a que o grupo de enfermeiros ascendeu nessa trajetória percorrida, na qual o pensamento crítico foi refinado e possibilitou analisar as situações que emergiram da implementação da SC com criticidade e autonomia na tomada de decisão, com base em seus próprios valores e crenças.

Os enfermeiros agiram sem coerção, focalizados nos resultados e motivados pelas necessidades do paciente, da família e da instituição, cientes da dinâmica que implica o cuidado e do papel que o enfermeiro desempenha como agente de transformação da sociedade e das práticas cuidativas rotineiras instaladas.

Julga-se que com o feedback advindo das respostas dos sujeitos da pesquisa, o estudo contribuiu significativamente para o desenvolvimento das dimensões pessoal e profissional dos enfermeiros, participantes da pesquisa, e da equipe de enfermagem, que de forma direta e/ou indireta recebeu influência do processo ao qual estava afeta, e cujo desempenho reflete-se na qualidade do cuidado dispensado ao paciente. Também outros profissionais da área da saúde beneficiaram-se dos avanços implementados, que contribuíram para uma prática mais articulada entre os diferentes profissionais que compõem a área da saúde.

Em nível institucional, as mudanças evidenciaram-se na visibilidade da profissão e do profissional, na autonomia e no reconhecimento da autoridade do enfermeiro na implementação da SC – conferido pela cientificidade, pela ética na condução do processo -, e na importância que os pacientes e familiares atribuíram ao processo cuidativo, fundamentado em princípios científicos configurados neste estudo, na sistematização do cuidar, na etapa de coleta de dados e exame físico.

Considera-se que o desenvolvimento das dimensões pessoal, profissional e institucional constitui-se na realidade hospitalar como espaço fértil, “ganho”, “conquistado” pelos enfermeiros no desenvolvimento da SC e como possibilidade de implementação das etapas posteriores de diagnóstico, prescrição, evolução e avaliação de enfermagem.

Entende-se a instituição hospitalar, numa concepção crítica, como espaço social de luta, de contradições e de conflitos, mas, sobretudo de mudanças. De acordo com Lewin (1951), um processo de mudança planejada, pensada, refletida, executada e avaliada caracteriza-se, a princípio, pelo descontentamento, pela insegurança face às mudanças propostas e a consciência da necessidade de

transformação. Essa demanda gera um desequilíbrio na estabilidade do grupo e dos saberes, julgados até então como satisfatórios.

A percepção da fragilidade e a consciência da necessidade de mudança foi o que mobilizou os enfermeiros na busca de elementos e de instrumentalização na implementação da SC. Neste estudo, a possibilidade de mudança esteve presente desde o início. Julga-se que a proposta veio ao encontro das solicitações, da insatisfação dos enfermeiros em relação ao processo cuidativo, que segundo o grupo, carecia de cientificidade.

Também o pensar criticamente a realidade foi um fator relevante na percepção de compreender que a instituição é um espaço de lutas, de conflitos, mas que contraditoriamente também possui espaços de liberdade e de possibilidades. Foi nesse espaço apropriado que os enfermeiros entenderam que são eles que, instrumentalizados com a tecnologia da SC, disseminam elementos potencialmente geradores na instauração do novo.

A pesquisa possui a limitação de restringir a primeira etapa, entretanto entende-se que o processo envolvendo a construção foi fundamental e importante para implementar o processo como um todo, na continuidade do estudo.

As implicações do estudo foram importantes no sentido de valorizar a Enfermagem e os enfermeiros da instituição onde a pesquisa foi desenvolvida. Além disso, o estudo contribuiu para a visibilidade e autonomia profissional, favoreceu a qualidade do cuidado prestado pelos enfermeiros que, por meio dessa construção, identificaram e reconheceram possibilidades científicas para desenvolver sua prática. Contribuiu, também, para diferenciar o serviço prestado pela Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa, por meio do registro do trabalho desenvolvido e da qualidade do cuidado prestado, percebido e relatado pela equipe, pacientes e familiares.

Julgamos que a relevância do estudo se caracteriza pelo impacto que teve na prática, na contribuição teórica, mas principalmente com a transformação do nosso fazer.

REFERÊNCIAS

- ALBERTIN, A. L. **Administração de informática: funções e fatores críticos de sucesso**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- ALMEIDA, M. C.; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.
- BALDUINO, A. de F. Assistência de enfermagem auxiliada pela informática no laboratório de hemodinâmica. In: IV JORNADA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM HEMODINAMICA DE CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA, 1999, Curitiba. **Anais...** Curitiba, 1999.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 2000. p 31.
- BARROS, A. L. B. L.; MICHEL, J. L. M.; LOPES, R. S. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. Porto Alegre: Artmed. 2002.
- BARROS, Alba L. B. L., *et al.* **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. São Paulo: Artmed, 2003. p.20-52.
- BOFF, L. **O saber cuidar: ética do humana-compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL-8ª Conferência Nacional de Saúde -relatório final. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **A Saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro, FASE, 1986. p.117-128.
- BUB, M.B.C. **Concepções de saúde, ética e prática de enfermagem**. Tese (Doutorado em Filosofia em Saúde e Enfermagem) -Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CARRARO, T.E. **Resgatando Florence Nightingale: a trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Centro de Ciências da saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.
- _____. **Marco conceitual e metodologia da assistência de enfermagem: subsídios para a atuação do enfermeiro**. Curitiba: UFPR, GEMA-Enfermagem, 1999b.(mimeo).
- CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org). **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorização, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001. (Coleção Curso de Enfermagem).

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei do exercício profissional:** regulamentação da Lei nº 7.498/86: decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. [Rio de Janeiro]: COFEN, [1987].

_____. **Resolução COFEN 272/2002:** dispõe sobre a SAE nas instituições de saúde brasileiras. [Rio de Janeiro]: COFEN, [2002].

CUNHA, S. M; BARROS, A. L. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n.2, p.228-232, mar./abr.2004.

DOMINGUES, I. Entrevista humanidade inquieta, faces do conhecimento **Rev. da Universidade Federal de Minas Gerais**, v. 1, n. 2, p.02, 2003.

FAWCETT, J. Conceptual models and nursing practice: the reciprocal relationship. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 17, n. 2, p. 224-228, 1992.

FERREIRA, A.B.H., **Novo dicionário da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. p.92, 404, 445.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M, M. L. Da Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. . **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.57 p.228-232, mar./abr.2004.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem:** os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GEORGE, J. B. *et al.* **Teorias de enfermagem:** dos fundamentos para à prática profissional. 4..ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p.12.

GEOVANINI, T. Uma abordagem dialética da enfermagem. In: GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem:** versões e interpretações. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

HECK, L. **Nossa história.** Congregação das Irmãs de São José de Chambéry, Província do Paraná, 1965. v.1 Curitiba. 1965.

HERMIDA, P. V. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**,Brasília, v. 57, n.6, p.733-737, nov./dez.2004.

HORTA, W. A. **Memorial.** São Paulo, 1973.

_____. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

HOUAISS, A. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa.** 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

LACERDA, M. R. **O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar.** 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

LEOPARDI, M. T. **Teorias e método em assistência de enfermagem** 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

_____. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática.** Florianópolis: NFR/UFSC; Papa-livros, 1999.

LIMA, M. A. C; CASSIANI, S. H. de B. Pensamento crítico: um enfoque na educação de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 8, n.1. p.23-30, 2000.

LÜDKE, M.; A .M. E, D. **A Pesquisa em educação: abordagem qualitativa.** São Paulo: EPU, 1986.

MARIA, V. L. R.; MARTINS, I.; PEIXOTO, M. S. P. **Exame clínico de enfermagem do adulto: focos de atenção psicobiológicos como subsídio para diagnósticos de enfermagem.** 2. ed. São Paulo: Látia, 2005.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 80

MARX, K. **O capital: crítica da economia política.** 11.ed. São Paulo: Abril Cultural, 1987.

MEIER, M. J. **Tecnologia em enfermagem: desenvolvimento de um conceito.** Florianópolis, 2004. 216 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) -Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

MELEIS, A. I. Nursing theory: an elusive mirage or a mirror of reality. In: _____. **Theoretical nursing development & progress.** Philadelphia: J.B.Lippincott, 1985. p. 169-194. (Tradução livre, para uso didático feita por: Dr^a. Eloita Pereira Neves, UFSC, 1985).

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. de O. (Org). **Inventando a mudança na saúde.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1987. p. 117-160.

MINAYO ,M C. S. de. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade** Petrópolis: Vozes 1994.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** 9. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2004.

NASCIMENTO, E. R. P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto , v. 12, n. 2, p. ?, mar./abril 2004.

NIGHTINGALE, F **Notas sobre a enfermagem: o que é e o que não é.** São Paulo Cortez, 1989.

NÓVOA, A. O passado e o presente dos professores. In: A. Nóvoa (Ed.). **Profissão professor**. Porto: Porto-Editora, 1991. p. 9-32.

NÓVOA, A (Coord.) **Os professores e a sua formação**. Lisboa: Publicações Dom Quixote/ IIE, 1992.

PAI, D. D.; SCHRANK, G.; PEDRO, E. N. R. O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.19 n.1, p.82-87, 2006.

PAIM, L. *et al.* **Conceitos e visões teóricas**. Florianópolis: REPENSUL/ESPENSUL, 1998. (Série curso de especializações em projetos em enfermagem; momento 3).

PASCHOAL, S. A. **O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

PEREIRA, M. S. O exercício profissional: o trabalho como espaço social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53, 2001, Curitiba. **Anais...**Curitiba: UFPR, 2001.

PERES, A. M., **Competências gerenciais do enfermeiro**: relação entre as expectativas da instituição formadora e do mercado de trabalho. São Paulo, 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) -Escola Paulista de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1988.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para o cuidar melhor, cuidar para confortar, cuidar para emancipar. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 729-736, set./out. 2005.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.

RODRIGO, M. J.; ARNAY, J. (Org.) **Conhecimento cotidiano, escolar e científico**: representação e mudança. São Paulo: Ática 1998.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 1986. (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde (BR). Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 196/96 -CNS. Brasília: Ministério da Saúde, 1996).

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTA GROSSA. **Livro de Registros**. Ponta Grossa, 1913.

SANTOS, A. R. dos. **Metodologia científica**: a construção do conhecimento. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

SANTOS FILHO, L. C. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1991. 2 v.

SANTOS, I. *et al.* **Enfermagem fundamental**: realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu, 2001. v.1, p. 12

SCHOELLER, S.D. Processo de trabalho e organização trabalhista. In: GEOVANINI, T. *et al.*, **História da Enfermagem**: Versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, p. 131-249, 2002.

SILVA, M. J. P.; KEMMER, L. F. A visibilidade do enfermeiro segundo a percepção de profissionais de comunicação. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.15, n.2 mar./abr. 2007.

SILVA, G. S. **A construção do adolescer masculino e o uso do preservativo**. Dissertação (Mestrado) -Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

SOUZA, M. F. Construção do marco conceitual: significado para o ensino de enfermagem. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESCOLAS DE ENFERMAGEM-ENESC., 1996, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Frontis Editorial, 1996. p.37-41.

STAIR, R. M. **Princípios de sistemas de informação**: uma abordagem gerencial. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1998.

TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. **SAE, Sistematização da assistência de enfermagem**: guia prático Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

THOFEHRN, M. B. *et al.* O processo de enfermagem no cotidiano dos acadêmicos de enfermagem e enfermeiros. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p.69-79. jan. 1999.

TRENTINI, M.; SILVA, D. G. V. **Marcos conceituais e diagnóstico de enfermagem**. São Paulo. [1991?]. (Trabalho apresentado no 1º Encontro Brasileiro de Enfermagem de Diagnóstico de Enfermagem).

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia clínico-qualitativa**: construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicada nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

VAZ, A. F.; MACEDO, D.; DE LIMA, M. E; DE MORAES, L. M.; GRION, R. Implementação do processo de enfermagem em uma unidade de radioterapia: elaboração de HERMIDA, Patrícia Vieira. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n.6, p. 733-737, nov./dez. 2004.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis**. Rio de Janeiro, Paz e terra, 1968. p. 203.

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

_____. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

ZAGOMEL, I. P. S. **A escolha da teoria**. Curitiba, 2006. (slides da disciplina).

_____, I. P. S. O cuidado de enfermagem na perspectiva dos eventos transicionais humanos **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.11, n.2, p.56-63 maio/ago.1998.

APÊNDICES

APÊNDICE 1
SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO
OBSTETRÍCIA

1 – ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

Origem: ()Pré-Natal Auto Risco ()Baixo risco ()Outro Município ()Ausência Pré natal
 Nº Consultas:..... Gesta:.....Para:.....C:.....A:.....Ig:..... D.U.M.:...../...../.....
 Rh:.....Vdrl:() Pos. () Neg. () Na Gravidez () Anterior À Gravidez
 Hiv: () Pos. () Neg. () Na Gravidez () Anterior À Gravidez
 Internação Prévia: () Não () Sim Motivo:.....
 Sabe O Motivo Desta Internação: () Sim () Não Motivo:.....
 Queixa Principal:.....
 Patologias Associadas:
 () Hipertensão () Dheg () Pré Eclampsia () Eclampsia () Diabetes () Itu
 () Cardiopatia () Obesidade () Toxoplasmose () Epilepsia () Uso De Drogas
 Outras:.....
 Alergias: () Sim () Não Quais:.....
 Uso De Medicamentos: () Sim () Não Quais:.....
 Corrimento: () Sim () Não. Vacinas Atualizadas: () Sim () Não

2- NUTRIÇÃO/ELIMINAÇÃO:

Segue Alguma Dieta Especifica: () Sim () Não
 Vi De Alimentação: () V.O. () Sonda () Sng () Sne
 Nº De Refeições Diárias: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () +5
 Ingestão De Líquidos(Copos Dia): () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () +5
 Apresenta Algum Problema Ao Urinar: () Sim () Não
 Apresenta Algum Problema Ao Evacuar: () Sim () Não
 Frequência De Evacuação Dia: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () +5

3 - LOCOMOÇÃO E EXERCÍCIOS:

Tem Algum Problema Para Andar Ou Fazer Algum Movimento: () Sim () Não
 Costuma Fazer Exercício Físicos: () Sim () Não

4 – SONO E REPOUSO:

Quantas Horas De Sono Você Precisa: (.....)Horas/dia
 Tem Algum Problema Para Dormir: () Sim () Não

5 – CUIDADO CORPORAL:

Toma Banho Diariamente: () Sim () Não
 Quantas Vezes Por Semana Lava Os Cabelos: (.....)Vezes
 Com que Frequência Escova Os Dentes: (.....)Vezes/dia

6 – CUIDADOS COM A SAÚDE:

Faz Uso De Alguma Medicação:() Sim () Não Usa Chás Ou Remédios Caseiros: () Sim () Não
 Que Tipo De Recursos De Saúde Procura:() Ubs () Atendimento Privado () P.S. () Outros

7 – SEXUALIDADE:

Tem Vida Sexual Ativa: () Sim () Não
 Teve Alteração da vida sexual no decorrer da doença: () Sim () Não

Continuação do Apêndice 1

<p>8 – PERCEPÇÃO E REGULÃO: crescimento celular Prejuízo visual: () não () sim () prótese/órtese () OD () OE Qual? _____ Prejuízo da fala () não () sim Qual: _____ Prejuízo auditivo: () não () sim () órtese/protese () OD () OE Qual? _____ Prejuízo da sensibilidade () não () sim () térmica () dolorosa () tátil Local: _____ Crescimento pondo estatural: () normal () alterado Qual: _____</p>
<p>9 – CAPACIDADE DE AUTO-CUIDADO: () 0 – independente () 1- equipamento auxiliar. Especificar: _____ () 2- necessita auxílio de outros () 1- necessita auxílio de outros e equipamentos () 1- dependente / incapaz</p>
<p>10- PERCEPÇÃO/COGNIÇÃO: Responde adequadamente quando abordado? () não () sim Compreende adequadamente as orientações? () não () sim</p>
<p>11 – GREGÁRIA: Existem amigos ou familiares importantes para você: () Sim () Não Com Quem Vive: () Cônjuge () Filhos () Pais () Irmãos () Cunhados () Sogros () Amigos () Netos () Sozinho</p>
<p>12 – LAZER: O Que Faz Para Passar O Tempo: () Leitura () Tv () Jogos () Radio () Outros</p>
<p>14 – RELIGIÃO: Gostaria De Ter Alguma Ajuda Na Parte Religiosa: () Sim () Não</p>
<p>15 - IMPRESSÃO DO ENTREVISTADOR: </p>

Continuação do Apêndice 1

EXAME FÍSICO:	
SSVV: PA:.....mmhg	P:.....bpm R:.....mrm T:..... °C BCF:.....
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA /ATIVIDADE PSICOMOTORA: ()LOC ()Confusa ()Agitada ()Sonolenta	
MUCOSAS: ()MUC ()Hipocoradas ()secas	
MAMAS: ()Flácidas ()Túrgidas ()Pouco Túrgidas Colostro:()sim ()não Ingurgitadas:()sim ()não Fissuras:()sim ()não Mamilo Plano:()sim ()não Mamilo Invertido:()sim ()não Mamilo Evertido:()sim ()não	
RESPIRATÓRIO: Normal()Sim ()Não Suporte para oxigenação:()Sim ()Não Murmúrio vesicular:()Presente ()Ausente ()Diminuído Ruídos Adventícios:()Roncos ()Sibilos ()Crepitantes Tosse:()Sim ()Não ()Seca ()Produtiva	
ABDOMEM: ()Depressivo ()Timpânico ()Tenso ()Distendido ()Globoso ()Ovóide ()Flácido	
NASCIMENTO: Data:...../...../..... Hora:.....:..... Sexo:..... Cor:..... Apgar:..... Crede: ()Sim ()Não Peso:.....Kg Comprimento:.....cm P.C.:.....cm P.T.:.....cm P.A.:.....cm SSVV: F.C.....bpm FR.....mrp T°C:.....	
AVALIAÇÃO GERAL: Pele.....Mucosas.....Coloração..... Mal formação congênita: ()Sim ()Não Qual:.....	
AMAMENTAÇÃO: Leite Materno:()Sim ()Não Se não motivo:..... Hora de início da amamentação:.....H/min. Complemento()Sim ()Não Motivo:.....	
ALOJAMENTO CONJUNTO:()Sim ()Não Unidade Neonatológica: ()Sim ()Não U.T.I./Neonatal: ()Sim ()Não Motivo:.....	
PUERPÉRIO:	
Lóquios: ()Normal ()Aumentado ()Coágulos a expressão.	
Útero:()Acima cicatriz umbilical ()Abaixo cicatriz umbilical; ()Sob cicatriz umbilical ()Difícil Apalpação	
Ferida operatória:()Cesareana ()Limpa ()C/Sangramento ()Parto normal:Episiotomia: ()Sim ()Não. Laceração: ()Sim ()Não. Hematoma: ()Sim ()Não.	
EXTREMIDADES: ()Aquecidas ()Frias ()Edemaciadas Rede Venosa:()Visível ()Hematomas de Punção Acesso Venoso: ()Sim ()Não ()MSD ()MSE ()Abocath ()Scalpe Deambulação: ()Sim ()Não. DOR: ()Sim ()Não Escala de dor:()0 à 3 ()4 à 8 ()9 à 10 Micção: ()Sim ()Não Espontânea: ()Sim ()Não	
EXAMES REALIZADOS:	
RESULTADO DE EXAMES ALTERADOS:	

APÊNDICE 1
SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO
UNIDADES DE INTERNAÇÃO

1 – ANTECEDENTES DE HOSPITALIZAÇÃO

Internação prévia: ()sim ()não / Foi internado alguma vez em outro hospital: () sim () não

Fez alguma operação: ()sim ()não / Tem conhecimento de sua doença atual: () sim () não

Outros problemas que apresenta: ()sedentarismo ()crise de hipóxia ()uso de drogas

()estresse ()hipertensão ()IRC

()uso de álcool ()prostatismo ()cardiopatia

()DM ()obesidade ()fumo

()anticoagulante oral ()refluxo gastro esofágico

()dlp/hipercolesterolemia

Alergias: ()sim ()não / Quais: _____

Uso de medicamentos: ()sim ()não / Quais: _____

Trata: ()sim ()não

2- NUTRIÇÃO:

Segue alguma dieta específica: ()sim ()não

Via de alimentação: ()V.O. ()Sonda ()SNG ()SNE

Nº de refeições diárias: ()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()+5

Ingestão de líquidos (copos dia) ()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()+5

3 - LOCOMOÇÃO E EXERCÍCIOS:

Tem algum problema para andar ou fazer algum movimento: ()sim ()não

Costuma fazer exercícios físicos: ()sim ()não

4 – SONO E REPOUSO:

Quantas horas de sono você precisa: (.....)Horas

Tem algum problema para dormir: ()sim ()não

5 – CUIDADO CORPORAL:

Toma banho diariamente: ()sim ()não

Quantas vezes por semana lavam os cabelos: (.....)Vezes

Com que frequência escova os dentes: (.....)Vezes

Continuação do Apêndice 1

<p>6 – CUIDADOS COM A SAÚDE: Faz uso de alguma medicação: () sim () não Usa chás ou remédios caseiros: () sim () não Vacinas atualizadas: () sim () não Outras: _____ Que tipo de recursos de saúde procura: ()ubs ()atendimento privado () P.S. ()outros</p>
<p>7 – SEXUALIDADE: Tem vida sexual ativa: () sim () não Teve alteração da vida sexual no decorrer da doença: () sim () não</p>
<p>8 - PERCEPÇÃO / REGULAÇÃO: CRESCIMENTO CELULAR Prejuízo visual: () não () sim - () prótese/órtese () OD () OE / Qual? _____ Prejuízo da fala () não () sim Qual: _____ Prejuízo auditivo: () não () sim - () órtese () OD () OE / Qual? _____ Prejuízo no olfato () não () sim / Prejuízo no paladar: () não () sim Prejuízo da sensibilidade () não () sim - () térmica () dolorosa () tátil Local: _____ Crescimento pondo estatural: () normal () alterado / Qual: _____ Escala de dor () 0 a 3 () 4 a 8 () 9 a 10 / Local: _____</p>
<p>9 - CAPACIDADE DE AUTO-CUIDADO: () 0 – independente () 1- equipamento auxiliar. Especificar: _____ () 2- necessita auxílio de outros () 1- necessita auxílio de outros e equipamentos () 1- dependente / incapaz</p>
<p>10-PERCEPÇÃO/COGNIÇÃO: Responde adequadamente quando abordado? () não () sim Compreende adequadamente as orientações? () não () sim</p>
<p>11 – GREGÁRIA: Existem amigos ou familiares importantes para você: () Sim () Não COM QUEM VIVE: () Cônjuge () Filhos () Pais () Irmãos () Cunhados () Sogros () Amigos () Netos () Sozinho Relação no ambiente de trabalho: _____</p>
<p>12 – LAZER / RECREAÇÃO: O Que Faz Para Passar O Tempo: () Leitura () Tv () Jogos () Radio () Outros</p>
<p>13 – RELIGIÃO: Religião ou filosofia de vida? _____ Gostaria de ter alguma ajuda na parte religiosa: () Sim () Não</p>

Continuação do Apêndice 1

EXAME FÍSICO

1 - SSVV:

Peso: _____ Altura: _____ I.M.C. _____ Circ. Abdominal: _____ Circ. Torácica: _____

Pulso: _____ Ritmo: _____ F.R.: _____ T: _____ P.A.: _____ mmHg.

2 - HEMODINÂMICA: Estável Instável Drogas vasoativas / Quais? _____

Bulhas cardíacas:

 Hiperfonese Hipofonese Normofonese Sopro Localização: _____Estase jugular a 45°: Não Sim / Baquetamento digital: Não Sim

Perfusão. Periférica: Legenda: A=Ausente F= Filiforme C=Cheio

Pulsos: Carotídeo: D E Braquial: D E Radial: D EFemoral: D E Poplíteo: D E Tibial Posterior: D EPedioso: D EEnchimento Capilar: Maior do que 3 segundos Menor do que 3 segundos**3 - NEUROLÓGICO/ESTADO MENTAL:** Sedado Sem sedação Orientação Tempo Espaço Pessoa Confuso Torporoso Comatoso Glasgow : _____ Ramsay : _____

Resultado de exames: _____

Continuação do Apêndice 1

4 - CABEÇA:

Cabelo: () Sim () Não / () Pediculose () Integridade do couro cabeludo () alopecia
 Lesão: () Sutura () Afundamento () Escalpe
 Pescoço: () Movimentação () Rigidez de nuca () Torcicolo () Veias jugulares
 () Gânglios infartados () Tireóide () Cartilagem cricóide
 Gânglios: () Aumentados () Dolorosos () Moveis () Fixos
 Ouvidos: () Cerúmen () Processos inflamatórios
 Mucosa: () úmidas e coradas () Ulcerações
 Lábios: () Cianose () Palidez () Herpes () Ressecamento () Queilose () Queilite
 Dentes: () Sim () Não / () Cáries () Prótese
 Prótese dentária: () superior () móvel () fixa / () inferior () móvel () fixa
 Gengiva: () Edema () Coloração _____ () Estomastites () Sangramento () Processo infeccioso
 Língua: () Saburra () Seca () Acastanhada
 Olhos: () Conjuntivite () Icterícia () Pterígio / Córnea: () Arco senil () Processos ulcerosos
 Conjuntiva: () Pálida
 Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas; PD _____ PE _____ () Midríase () Miose () Normal
 Fotorreação: () + () -
 Narinas: () Sujidade () Obstrução nasal () Outros

Seios paranasais: () Hipersensibilidade () Secreções
 Orofaringe: () Faringite () Amígdalites () Halitose

5 - TÓRAX

Respiração: () Ventilação Mecânica () Batimento de asa de nariz () Tiragem intercostal
 Ritmo: () Normal () Cheyne-Stokes () Biot () Kussmaul
 Suporte p/ oxigenação: () Sim () Não Qual? _____ Data: ____/____/____
 Percussão: () Claro pulmonar () Maciço () Submaciço
 Murmúrio Vesicular: () Presente () Ausente () Diminuído / Local: _____
 Ruídos Adventícios: () Roncos () Sibilos () Crepitantes () Sub Crepitantes / Locais: _____

Tosse: () Presente () Ausente () Seca () Produtiva / Há quanto tempo? _____

6 - ABDÔMEN:

Gastrointestinal:
 Abdome: () Plano () Globoso () Escavado () Retraído () Flácido () Rígido
 () Distendido () Ascítico () Timpânico () Maciço () Doloroso á palpação
 () Circulação colateral () visceromegalias _____
 RHA: () Normal () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Abdome: () Contratura () Renitência () Defesa () Percussão () Maciez () Timpanismo
 () Hipertimpanismo () Dor /

Localizar: _____

Sinais:
 () Sinal de Murphy () Sinal de Blumberg () Sinal de Giordano () Sinais psoas
 () Sinal de Jobert () Sinal de Gersung () Punho percussão de tórax

Região inguinal e crural: () Hérnia () Redutibilidade () Linfonodos
 Tipos de abdome:
 () agudo perfurativo () inflamatório () obstrutiva () hemorrágico () isquêmico

Continuação do Apêndice 1

7 MMSSII/OUTROS ARTEFATOS	
BRAÇOS	PERNAS
() D () E Força normal	() D () E
() D () E Paresia	() D () E
() D () E Plegia	() D () E
() D () E Parestesia	() D () E
Outras alterações: _____	
ARTEFATOS:	
Acesso Venoso: () Não () Sim	
() periférico () Central / Local: _____ Data de instalação: ___/___/___	
PAM: () Não () Sim / PIC: () Não () Sim / PV.C.: () Não () Sim	
Marcapasso: () Não () Sim	
Tipo/local: () provisório () definitivo / Freqüência: _____ Data/implante ___/___/___	
Balão Intra-aórtico: () Não () Sim Local: _____ Freqüência: _____ data/instalação: ___/___/___	
Drenos: () Não () Sim	
() Mediastinal () Pleural D () Pleural E () Port Vac () Penrose () Kher	
Aspecto, odor e quantidade da drenagem: _____	
Cateter totalmente implantado: () Não () Sim	
Outros artefatos: _____	
8 - PELE/FÂMERO	
Aspecto:	
() Hidratada () Desidratada () Corada () Descorada () Icterícia () Cianose	
() Hiperemia () Livedo Reticular () Hipertricose () Escabiose () Pediculose	
() Micose () Unha em forma de vidro de relógio () Dermatite amoniacal	
Outros: _____	
Localização: _____	
Sudorese: () Não () Sim / () discreta () moderada () intensa	
Edema: () não () Sim () + () ++ () +++ () ++++ () anasarca	
Local: _____	
9 - INTEGRIDADE DA PELE/ CICATRIZ CIRÚRGICA/ PRESENÇA DE LESÕES:	
Temperatura da pele: () Normal () Fria () Quente	
Local: _____	
Umidade: _____ Integridade da pele: _____	
Escaras () Sim () Não / () I Grau () II Grau () III Grau () IV Grau	
Cicatriz cirúrgica: () Não () Sim Local/tipo _____	
Presença de lesões: () Não () Sim	
Lesões de pele: () Crônica () Aguda () pós-operatória	
Profundidade: () superficial () espessura parcial () espessura total Localização: _____	
Aspecto: () tecido de granulação () necrose/tecido desvitalizado () tecido epitelização	
() celulite () Outros: _____	
Exsudato: () Seroso () Serosanguinolento () Sanguinolento () purulento ()	
Outros _____	

Continuação do Apêndice 1

10 – ELIMINAÇÕES

Hábito intestinal:

Via de eliminação: ()Retoanal ()Ostomia

Freq. de evacuação: ()1 ()2 ()3 ()4 ()Outros: _____

Aspecto/características das fezes:

()Pastosa ()Ressecado ()Líquida ()Semi-líquida ()Enterorragia ()Melena

()Fecalitos ()Com muco ()Acolia fecal

Hábito vesical

Sonda vesical () alívio () demora

Freq. Micções/dia: ()3 ()4 ()5 ()+5()Outros: _____

Quantidade: () Pouca () Média () Grande

Aspecto/características da urina:

()Límpida ()Am. Citrino ()Concentrado ()Turvo ()Sedimentos ()Colúrica

()Hematúrica ()Odor fétido

Artefatos: _____

Queixas Miccionais:

()Retenção ()Incontinência ()Disúria ()Nictúria ()Urgência miccional

Presença de secreção uretral/vaginal: () Não () Sim /

Aspecto: _____

Quantidade: () Pequena () Média () grande

11. EXAMES REALIZADOS:**12. RESULTADO DE EXAMES ALTERADOS:**

APÊNDICE 1
SITEMATIZAÇÃO DO CUIDADO

UTI NEONATAL

IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	
Data de Nascimento ____/____/____ Hora de nascimento: ____h ____min.	
Data de Admissão: ____/____/____ Horário de Admissão: ____h ____min.	
HISTÓRICO MATERNO	HISTÓRICO NEONATAL
Idade: _____ Gesta: _____ Para: _____ Aborto () _____ () Não () ignorado Antecedentes Maternos – Uso de: Álcool () Drogas () Tabagismo () Intercorrências: Pré-Natal: () Sim () Não Qual: _____ Nº de consultas: _____ Trabalho de parto: () Sim () Não Qual: _____	Ocorrências: Pré Parto: () Sim () Não Qual: _____ Sala de Parto: () Sim () Não Qual: _____ Necessidade de Reanimação: () Sim () Não Amamentação na 1º ½ hora de vida ()
MEDIDAS AO NASCER	PALPAÇÃO
Peso: _____kg Estatura: _____ PC: _____ PA: _____ PT: _____ IG: _____ semanas; Sinais Vitais: FC: _____bpm FR _____rpm Sat O2: _____ T°C: _____	FONTANELAS: Bregmática e Lambdóide: normotensa () Hipertensa () hipotensa () SUTURAS: Coronal/ sagital/ lambdóide e frontal Salientes () Não palpáveis () Contínuas ()
PELE	CRÂNIO
Textura: Flácida () Firme () Hidratada () Ressecada () Descamação fisiológica () Escamas endurecidas () Coloração: Corado () Cianótica () Palidez () Ictérica () Mancha Mongólica: () Linfomas Císticos: () Petéquias: () Hemangioma: ()	Microcefalia () Macrocefalia () Hidrocefalia () Turricefalia () Anencefalia () Simétrico ()
FACE	OUVIDOS
Simétrica () Sindrômica () Paralisia facial ()	Alterações na forma () Sim () Não Alinhamento ()
OLHOS	NARIZ
Abertura palpebral () Hemor. subconjuntival () Secreção ocular (48h) () Secreção ocular + 48h () Ictérico () Hiperemiado () Ptose palpebral ()	Forma normal () Permeabilidade () Canal nasolacrimal () Secreção nasal ()

Continuação do Apêndice 1

BOCA	PESCOÇO
Lábio leporino () Fenda palatina () Dentes congênitos () Cianose perioral () Palidez ()	Mobilidade () Traquéia () Gânglios ()
MAMAS	ASPIRAÇÃO
Assimétrico () Aumento da glândula () Secreção ()	Aspirado () Aspecto _____ COT () VO () VAS ()
CARDIOVASCULAR	PULMONAR
Inspeção: Cianose () Disfunção respiratória () Qual ? _____	Inspeção: Padrão respiratório: _____ Tiragem () Retração xifoidiana () Batimento de asas do nariz () Gemido ()
Ausculta: Foco aórtico () Foco pulmonar () Foco tricúspide () Foco mitral/ apical ()	Ausculta: Criptantes () sibilos () Roncos () Murmúrios vesiculares () Desmame respiratório Redução dos parâmetros ventilat. () CPAP nasal () Halo aberto () Halo fechado () Inalatório () Ambiente ()
ABDOME	GENITALIA
Inspeção: Escavado () Abaulado supra umbilical () Abaulamento infra umbilical ()	Fimose () hipospádia Hidrocele Epispádia Imperfur. himenal () Hérnias () Genitália ambígua () Anomalias anonetais Qual? _____
Palpação: Ascite () Hepatomegalia () Esplenomegalia () Distensão gasosa ()	
Ausculta Ruídos hidroaéreos () Timpânico () Micicez ()	
Coto umbilical Mumificado () Hiperemia () Presença de secreção () Hérnia umbilical ()	
PUNÇÃO VENOSA	DIETA
Scapl () dias _____ A cath () dias _____ Flebotomia () dias _____ Cateterismo umbilical () dias _____ PICC () dias _____ Condições :	Sonda nasogástrica () Sonda orogástrica () Seio materno () Jejum () NPT () Seringa ()
DRENOS	MEMBROS
Tórax () Aspecto : Volume: _____ ml. Penrose () Aspecto : Volume: _____ ml.	Simetria () Sim () Não Luxações () Sim () Não Fraturas () Sim () Não Paralisias () Sim () Não Mobilidade () Sim () Não Pé torto congênito () Sim () Não Prega palmar única () Sim () Não Integridade () Sim () Não Manobra de Ortolani () Sim () Não Manobra de Barlow () Sim () Não Edema () Sim () Não

Continuação do Apêndice 1

EXAME NEUROLÓGICO	REFLEXO
() Edema de couro cabeludo	() Reflexo de sucção
() Alterações no PC	() Reflexo de Piper
() Paralisia facial	() Reflexo de prensão palmar
() Comportamento _____	() Reflexo de Moro
() Tremores	() Reflexo de Marcha
() Crises convulsivas	() Reflexo da colocação
() Letargia	
() Postura	
() Tônus ativo	
() Siustentação da cabeça	
ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS	
Meconial () Líquida ()	
Semi- líquida () Pastosa ()	
Semi- pastosa ()	
IDADE GESTACIONAL	
Capurro () Balard ()	

APÊNDICE 2

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

- 1) Como foi para você o processo de discussão de marco conceitual: a escolha da teoria de Horta e a definição dos conceitos? (Quais as facilidades e as dificuldades encontradas).
- 2) Em sua opinião, o que justifica a escolha do grupo para trabalhar com a teoria da Wanda Aguiar Horta? Correspondeu a sua expectativa?
- 3) Os conceitos definidos pelo grupo estão de acordo com suas crenças e valores? Sim, não, parcialmente e justifique sua resposta, explique o por quê?
- 4) Destaque dois conceitos do marco conceitual que você considera fundamental para sua prática profissional? Por quê?
- 5) Você participou da construção do instrumento que subsidia a sistematização do cuidar na Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa? Se sim, como foi esse processo para você? (descreva os aspectos positivos, negativos que estavam presentes na construção do instrumento). Quais as facilidades e dificuldades encontradas na construção desse instrumento, em sua opinião?
- 6) Quais os aspectos que você julga importante destacar no processo de construção, implantação e implementação da sistematização do cuidar na Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa? Relacione suas facilidades e dificuldades nesse processo.
- 7) Após a utilização do instrumento de sistematização do cuidar em obstetrícia, em UTI neonatal e em outras unidades de internação, descreva as facilidades e dificuldades:

ESTRUTURA

Facilidades e dificuldades:

Encontradas com o uso da informática

Com o tempo utilizado para a realização da SC?

Em relação aos conhecimentos necessários para realizar a coleta de dados e exame clínico?

PROCESSO

Ao aplicar o instrumento você observou:

Seqüência lógica? Sim ou Não

Facilidade ou dificuldade de preencher?

A terminologia utilizada? Adequada ou inadequada.

Modelo? Curto ou longo.

Objetivo ou confuso?

Coerente ou incoerente? A receptividade do paciente? E da família?

Continuação do Apêndice 2

RESULTADOS

Você julga necessário o comprometimento do enfermeiro em relação a S.C?

Para você como ocorre o comprometimento do enfermeiro?

Como você analisa a qualidade dos dados obtidos na SC?

Os resultados obtidos na coleta de dados e no exame físico oportunizaram a desenvolvimento de etapas de diagnóstico, prescrição e evolução?

Você percebeu alguma mudança em termos de visibilidade, autonomia ou ainda, outra mudança com a realização desta etapa da SC?

8) Comentários e sugestões para a continuidade do processo.

APÊNDICE 3

DIÁRIO DE REGISTRO

Data	27/03/06
Horário	1 hora
Participantes	17 enfermeiros
1.Objetivos	Compreender a importância das teorias de enfermagem como subsídio fundamental na sistematização da assistência de enfermagem
2.Tema	Importância das Teorias de Enfermagem A enfermagem é uma profissão que articula ciência e arte
3.Procedimentos e recursos	Data show apresentação oral dialogada
4.Participes	Enfermeira Gerente Sandra M ^a Bastos Pires (apresentadora) e 16 enfermeiros.
5.Propostas	Após a proposta de implementação da assistência sistematizada e do estudo das teorias de enfermagem como subsídio aos encaminhamentos posteriores, decidimos coletivamente que cada enfermeira seria responsável pelo estudo e apresentação de uma teoria para discussão com o grupo.

Data	04/04/06
Horário	1 hora
Participantes	18
1.Objetivo	Analisar as teorias de enfermagem selecionadas pelo grupo, relacionando o conhecimento científico com a prática assistencial desenvolvida.
2.Tema	Teorias de enfermagem Artigos
3.Procedimentos e recursos	Painel Aberto com a apresentação individual e discussão pelo grupo dos questionamentos levantados.
4.Participes	Enfermeiros (apresentadoras e debatedoras)
5.Proposta	Continuidade do seminário sobre teorias de enfermagem, intercalado com temas emergentes da necessidade da prática assistencial.

Continuação do Apêndice 3

Data	10/04/06
Horário	1 hora
Participantes	19
1.Objetivo	Refletir sobre o cuidado humano relacionando-o ao processo de enfermagem
2.Tema	O cuidar humano, reflexões sobre o processo de enfermagem X processo de cuidar.
3.Procedimentos e recursos	Discussão a partir de questionamentos levantados pelo grupo, após leitura e análise do artigo.
4.Participes	Enfermeiros
5.Propostas	O hospital possui um software de gestão hospitalar que inclui o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e das etapas da SAE (nesse trabalho utilizaremos SC Sistematização do cuidar, para SAE) Qualificação dos funcionários para o registro informatizado.

Data	20 e 21/04/06
Horário	1 hora
Participantes	19
1.Objetivo	Demonstrar competência no registro informatizado dos sinais vitais do cliente/paciente.
2.Tema	Qualificação sobre o registro informatizado dos sinais vitais. Informatizar o PEP;
3.Procedimentos e recursos	Computadores, programa tasy
4.Participes:	Enfermeira Fernanda Fritzen Kuchler consultora Wheb Sistemas especializada na área de informática no sistema tasy (professora) Assistentes e aprendizes.
5.Propostas:	Repasse dos conhecimentos assimilados aos funcionários e continuidade do estudo sobre teorias de enfermagem e exame físico.

Continuação do apêndice 3

Data	25/04/06
Horário	1 hora
Participantes	18
1.Objetivo	Compreender a importância das teorias de enfermagem como subsídio fundamental na sistematização da assistência de enfermagem. Compreender o processo utilizado para o exame físico, baseado na cientificidade, aplicando-o à sistematização da assistência.
2.Tema	Importância das Teorias de Enfermagem Exame físico Introdução ao exame clínico de enfermagem
3.Procedimentos e recursos	Apresentação oral dialogada, após leitura dos textos indicados.
4.Participes:	Enfermeiros.
5.Propostas:	Aprofundamento dos estudos sobre exame físico e opção para aprofundamento de estudo que correspondesse às necessidades e interesses da instituição do grupo de enfermeiros e dos clientes.

Data	09/05/06
Horário	1 hora
Participantes	21
1.Objetivo	Optar, após apresentação, por duas teorias para aprofundamento de estudos e eleger de uma que, por suas características, venha ao encontro da realidade vivenciada.
2.Tema	A importância da teoria na sistematização da assistência de enfermagem
3.Procedimentos e recursos:	Discussão dialogada, após leitura de artigos.
4.Participes	Enfermeiros
5.Propostas	Das teorias de enfermagem surgem pressupostos, proposições e conceitos, denominados de Marco conceitual. É esse marco que direciona o processo de cuidar. Decidimos coletivamente formar grupos de 5 enfermeiras, as quais seriam responsáveis pelo estudo e apresentação de um conceito fundamentado em Horta, para discussão com o grupo.

Continuação do Apêndice 3

Data	23/05/06
Horário	1 hora
Participantes	21
1.Objetivo	Apresentar a definição de enfermagem, ser humano, saúde, doença, relacionando com a teoria das necessidades humanas básicas de Horta.
2.Tema	Definição de conceitos na perspectivas de Horta. Construção de conceitos pelas enfermeiras, baseados em Horta.
3.Procedimento e recursos	Livro -Processo de Enfermagem de Wanda de Aguiar Horta (1979)
4.Participes	Enfermeiros
5. Proposta	Continuidade e aprofundamento dos conceitos, conhecimento e análise da missão do serviço de enfermagem e sua articulação com a missão da instituição.

Data	11/07/2006
Horário	1 hora
Participantes	19
1.Objetivo	Analisar criticamente a missão do serviço de enfermagem da Santa Casa, relacionando-a com a missão da instituição.
2.Tema	
3.Procedimento e recursos	Elaborar a missão da instituição. Discussão dialogada, após estudo.
4.Participes	Enfermeiros
5.Propostas	Fundamentação teórico-prática, visando à implantação da Sistematização do cuidado e a construção de instrumento de coleta de dados (1ª etapa da sistematização do cuidado) tendo como norte o exame físico. Esse exame deve ser utilizado pelo enfermeiro para coletar e analisar as informações do cliente, que permeiam o processo de sistematização do cuidar. Determinação das tarefas e de responsabilidades do grupo com relação ao estudo e disseminação dos conhecimentos à equipe.

Continuação do Apêndice 3

Data	19/09/2006
Horário	1 hora
Participantes	20
1.Objetivo	Compreender os conceitos científicos que fundamentam à sistematização do cuidado.
2.Tema	Assimilar os conceitos apresentados sobre o Exame físico de enfermagem, relacionando-os a sua prática assistencial. Exame físico de enfermagem
3.Procedimento e recursos	Datashow exposição oral dialogada, fitas cassete.
4.Partícipes	Enfermeiras, médico
5. Proposta	Palestra com o médico pneumologista Dr. Edson Pelissari sobre a temática: Exame físico da Função Pulmonar.

Data	26/09/2006
Horário	1 hora
Participantes	22
1.Objetivo	Compreender os conceitos sobre exame físico da função pulmonar.
2.Tema	Exame físico da função pulmonar.
3.Procedimento e recursos	Datashow, exposição oral dialogada, internet, e proposta de pratica do exame clinico pulmonar em clientes da UTI
4.Partícipes	Enfermeiros
5.Propostas	Ficou estabelecida nessa reunião a prática do exame clinico da função pulmonar nos clientes da UTI Adulto, com escala pré-estabelecida para o grupo de enfermeiras, tendo como facilitador o Dr. Edson Pelissari Palestra com a médica Dra. Ângela Cristina Bastos, com especialidade em cirurgia geral e cirurgias endoscópicas, cuja temática abordada será Exame Clinico da função Gastrointestinal.

Continuação do Apêndice 3

Data	03/10/20
Horário	1 hora
Participantes	22
1.Objetivo	Compreender os conceitos sobre exame físico da função gastrointestinal.
2.Tema	Exame físico da função gastrointestinal.
3.Procedimento e recursos	Datashow, exposição oral dialogada e proposta de prática do exame físico gastrointestinal em pacientes da Clínica Cirúrgica.
4.Participes	Enfermeiros, Médica
5.Propostas:	Realizado escala das enfermeiras para a prática do exame físico gastrointestinal em clinica cirúrgica, tendo como facilitadora Dra. Ângela Cristina Bastos. Exposição dialogada, com a temática Exame Clínico da função Cerebral, apresentada pelas enfermeiras: Vera Rita da Maia, com especialização em Médico Cirúrgica no ano de 2000, pela UFPR. Fabiane Merotto, com especialização em Saúde do Adulto no ano de 2000, pela UFPR. Construção do instrumento de coleta de dados concomitantemente com as atividades eleitas para a consecução dos objetivos propostos.

Continuação do Apêndice 3

Data	10/10/2006
Horário	1 hora
Participantes	21
1.Objetivo	Construir instrumento de coleta de dados e exame físico. Compreender os conceitos sobre exame físico da função cerebral.
2.Tema	Exame físico da função cerebral.
3.Procedimento e recursos	Datashow, exposição dialogada, fita de vídeo cassete.
4.Partícipes	Enfermeiros
5.Propostas	Construção do instrumento de coleta de dados e do exame físico concomitante com as atividades eleitas para a consecução dos objetivos propostos. Palestra com a enfermeira Ana Luzia Rodrigues, especialista em: Projetos Assistenciais pela UFPR em 1999. Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Escola Nacional de Saúde Pública-Fio Cruz e UFPR em 2002-2003. Especialização em enfermagem em Cardiologia Centro Universitário São Camilo – Campos Pompéia em 2007, tendo como temática o Exame físico da Função Cardíaca.

Data	17/10/2006
Horário	1 hora
Participantes	22
1.Objetivo	Construir o instrumento de coleta de dados e exame físico. Compreender os conceitos sobre exame físico da função cardíaca.
2.Tema	Exame físico da função cardíaca.
3.Procedimento e recursos	Datashow, exposição dialogada, fita de vídeo cassete.
4.Partícipes	Enfermeiros
5.Propostas:	Análise e discussão sobre as questões dos instrumentos de coleta de dados e exame físico. Formatação e discussão do instrumento para implantação a partir 02/11/2007; Estabelecimento de critérios para a aplicação do instrumento e conseqüente configuração da etapa de coleta de dados e exame físico da sistematização do cuidar. Exposição dialogada com as enfermeiras: Alessandra Gonçalves Partica e Claudia Regina Biancato, as quais fazem especialização em oncologia no Hospital Erasto Gaertner turma 2007/2008. Apresentando a temática de reprodução e sexualidade.

Continuação do Apêndice 3

Data	31/10/2006
Horário	2 horas
Participantes	22
1.Objetivo	Analisar criticamente o instrumento de coleta de dados e exame físico, visando a sua implantação.
2.Tema	Compreender os conceitos sobre reprodução e sexualidade. Estabelecer critérios para aplicação do instrumento. Reprodução e sexualidade. Implantação da sistematização do cuidar.
3.Procedimento e recursos	Instrumento de coleta de dados, datashow, fita cassete.
4.Partícipes	Enfermeiros
5.Propostas	Implantação da sistematização do cuidado a partir de 02/11/2006. Analisar criticamente o instrumento de coleta de dados e exame físico, visando a sua implantação. Estabelecer critérios para aplicação do instrumento.

Data	14/11/2006
Horário	2 horas
Participantes	21
1.Objetivo	Apresentar os aspectos significativos quando da aplicação do instrumento, na fase da implantação.
2.Tema	Categorizar os aspectos significativos do instrumento, dos critérios para implantação, visando a implementação da sistematização do cuidado. Implantação da sistematização do cuidado.
3.Procedimento e recursos	Instrumento de coleta de dados e exame físico.
4.Partícipes	Enfermeiros
5.Propostas:	Com base no feedback da categorização, redefinição dos critérios e reelaboração do instrumento.

Continuação do Apêndice 3

Data	28/11/2006
Horário	2 hora
Participantes	19
1.Objetivo	Apresentar os aspectos significativos quando da aplicação do instrumento, na fase da implantação.
2.Tema	Categorizar os aspectos significativos do instrumento, dos critérios para implantação, visando à implementação da sistematização do cuidar.
3.Procedimento e recursos	Instrumentos
4.Partícipes	Enfermeiros
5.Propostas:	Com base no feedback da categorização, redefinição dos critérios e reelaboração do instrumento.

Data	05/12/2006
Horário	2 horas
Participantes	19
1.Objetivo	Discutir os critérios e reelaborar o instrumento, tendo por base o feedback da equipe, visando à implementação da sistematização do cuidar.
2.Tema	Discutir e reelaborar instrumento de coleta de dados e exame físico.
3.Procedimento e recursos	Instrumento de coleta de dados e exame físico.
4.Partícipes	Enfermeiros
5.Propostas	Reelaboração do instrumento e dos critérios. Apresentar as atividades desenvolvidas nesse período, visando à avaliação e redimensionamento da proposta. Apresentar resultados das atividades desenvolvidas para o grupo de enfermeiros.

Continuação do Apêndice 3

Data	19/12/2006
Horário	2 horas
Participantes	17
1.Objetivo	Relatar as atividades desenvolvidas nesse período visando à avaliação e redimensionamento da proposta.
2.Tema	Apresentar resultados das atividades desenvolvidas para o grupo de enfermeiros.
	Resultados da implantação da sistematização do cuidado.
3.Procedimento e recursos	Datashow, instrumento de coleta de dados e exame físico.
4.Partícipes	Enfermeiros
5.Propostas	Enfermeira, mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPR, Sandra Maria Bastos Pires apresenta à diretoria administrativa as atividades desenvolvidas no ano, visando à informatização da sistematização do cuidado.

Data	26/12/2006
Horário	1 hora
Participantes	15
1.Objetivo	Apresentar à diretoria administrativa as atividades desenvolvidas no ano, visando à informatização da sistematização do cuidado.
2.Tema	Informatizar a sistematização do cuidado.
3.Procedimento e recursos	Instrumento de coleta de dados e exame físico.
4.Partícipes	Enfermeiros
5.Propostas:	Repassar o instrumento de coleta de dados e exame físico à TI (tecnologia de informação) para consultar, o responsável pelo sistema de informática da instituição, a implementação da sistematização do cuidar no sistema Tasy.

Continuação do Apêndice 3

Data	02/01/2007
Horário	2 horas
Participantes	18
1.Objetivo	Consultar o TI (tecnologia de informação) sobre a implementação da sistematização do cuidado no sistema tasy.
2.Tema	Sistematização do cuidado no tasy.
3.Procedimento e recursos	Instrumento de coleta de dados e exame físico.
4.Participes	Enfermeiros
5.Propostas	Discutir as tarefas e as responsabilidades do grupo com relação ao estudo da sistematização do cuidado, priorizando a disseminação dos conhecimentos à equipe de enfermeiros admitidos na instituição.

Data	09/01/2007
Horário	2 horas
Participantes	19
1.Objetivo	Discutir as tarefas e as responsabilidades do grupo com relação ao estudo da sistematização do cuidado.
2.Tema	Responsabilidade do grupo com relação à aquisição de novos conhecimentos.
3.Procedimento e recursos	Livros, artigos.
4.Participes	Enfermeiros
5.Propostas	Discutir alguns conceitos do marco conceitual com a finalidade de aprofundamento científico. Informar ao grupo de enfermeiros que o TI (tecnologia de informação) está com problemas no sistema Tasy.

Continuação do Apêndice 3

Data	23/01/2007
Horário	1 hora
Participantes	17
1.Objetivo	Discutir alguns conceitos do marco conceitual com a finalidade de aprofundamento científico. Informar ao grupo de enfermeiros que a TI (tecnologia de Informação) está com problemas no sistema.
2.Tema	Discutir conceitos com os enfermeiros.
3.Procedimento e recursos	Livros, artigos, teses, dissertação.
4.Participes	Enfermeiros
5.Propostas	Discutir, aprofundar e reelaborar os conceitos do marco conceitual com os enfermeiros e posteriormente apresentar à equipe de enfermagem os conceitos de missão, cuidar, cliente e ambiente.

Data	31/01/2007
Horário	1 hora
Participantes	18
1.Objetivo	Discutir, aprofundar e reelaborar os conceitos do marco conceitual com os enfermeiros.
2.Tema	Apresentar à equipe de enfermagem os conceitos de missão, cuidar, cliente, ambiente.
3.Procedimento e recursos	Discutir, aprofundar, reelaborar e apresentar os conceitos de missão, cuidar, cliente, ambiente. Livros, artigos, teses e conceitos elaborados anteriormente.
4.Participes	Enfermeiros
5.Propostas	Apresentar os conceitos reelaborados para a equipe de enfermagem da instituição, em reunião mensal. Apresentar aos enfermeiros a sistematização do cuidado por unidade e por enfermeiro.

Continuação do Apêndice 3

Data	09/02/2007
Horário	2 horas
Participantes	23
1.Objetivo	Apresentar os conceitos reelaborados para a equipe de enfermagem da instituição, em reunião mensal.
2.Tema	Analisar os indicadores de qualidade com os enfermeiros e a sistematização do cuidado por unidade e por enfermeiro. Apresentar conceitos e analisar indicadores.
3.Procedimento e recursos	Datashow, exposição dialogada.
4.Participes	Enfermeiros
5.Propostas	Enfermeira, professora e mestranda do Programa de Pós-Graduação da UFPR, Sandra Maria Bastos Pires propõe a discussão sobre pensamento crítico, com os enfermeiros da instituição. Discutir, aprofundar e reelaborar os conceitos do marco conceitual com os enfermeiros e posteriormente apresentar à equipe de enfermagem os conceitos de assistir e autocuidado.

Data	15/02/2007
Horário	2 horas
Participantes	19
1.Objetivo	Apresentar os conceitos reelaborados para a equipe de enfermagem da instituição.
2.Tema	Discutir a importância do pensamento crítico para a profissão. Discutir pensamento crítico com a equipe de enfermeiros.
3.Procedimento e recursos	Artigos, livros, exposição dialogada pela mestranda, e discussão.
4.Participes	Enfermeiros
5.Propostas	Discutir, aprofundar e reelaborar os conceitos do marco conceitual com os enfermeiros e posteriormente apresentar à equipe de enfermagem os conceitos de cuidado, assistir e cuidador

Continuação do Apêndice 3

Data	22/02/2007
Horário	2 horas
Participantes	21
1.Objetivo	Discutir, aprofundar e reelaborar os conceitos do marco conceitual com os enfermeiros.
2.Tema	Discutir e aprofundar conceitos do Marco Conceitual.
3.Procedimento e recursos	Livros, artigos, revistas e conceitos pré-estabelecidos.
4.Partícipes	Enfermeiros
5.Propostas:	O grupo propõe: Estudo aprofundado sobre a sistematização do cuidar. Realizar mais reuniões para aprofundamento teórico e discussões sobre a prática.

Data	23/02/2007
Horário	2 horas
Participantes	19
1.Objetivo	Discutir, aprofundar e reelaborar o instrumento de sistematização do cuidado.
2.Tema	Discussão para aprofundamento teórico-prático. Aprofundamento teórico -prático.
3.Procedimento e recursos	Instrumento de coleta de dados e exame físico, datashow, artigos, revistas.
4.Partícipes	Enfermeiros
5.Propostas	Palestra com a enfermeira Ana Luzia Rodrigues, especialista em: Projetos Assistenciais pela UFPR, em 1999. Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Escola Nacional de Saúde Pública-Fio Cruz e UFPR em 2002-2003. Especialização em enfermagem em Cardiologia Centro Universitário São Camilo – Campos Pompéia, em 2007, tendo como temática a implementação da sistematização, do cuidar como um processo contínuo, tendo a enfermeira a oportunidade de pensar o seu fazer.

Continuação do Apêndice 3

Data	02/03/2007
Horário	2horas
Participantes	18
1.Objetivo	Apresentar a implementação da sistematização, do cuidado como processo contínuo, tendo a enfermeira a oportunidade de pensar o seu fazer.
2.Tema	Sistematização do cuidar como processo contínuo.
3.Procedimento e recursos	Datahow, exposição dialogada
4.Partícipes	Enfermeiros
5.Propostas	Discutir com os enfermeiros os conceitos elaborados no marco conceitual e verificar se estão ancorados em Wanda de Aguiar Horta, teórica que sustenta a sistematização do cuidado em nossa instituição.

Data	09/03/2007
Horário	2 horas
Participantes	23
1.Objetivo	Analisar com os enfermeiros os conceitos elaborados no marco conceitual e verificar se estão ancorados em Wanda de Aguiar Horta, teórica que sustenta a sistematização do cuidar em nossa instituição.
2.Tema	Marco conceitual e Wanda de Aguiar Horta.
3.Procedimento e recursos	Datashow, conceitos, livro da teórica.
4.Partícipes	Enfermeiros
5.Propostas	Solicitar os enfermeiros o relato de experiência com a implantação da sistematização do cuidado, tendo como norte a qualidade do cuidado, e não a quantidade de coleta de dados e exame físico realizados.

Continuação do Apêndice 3

Data	16/03/2007
Horário	1 hora
Participantes	20
1.Objetivo	Relatar experiências da implantação da sistematização do cuidado, tendo como norte a qualidade do cuidado, e não a quantidade de coleta de dados e exame físico realizados.
2.Tema	Relato de experiências.
3.Procedimento e recursos	Exposição dialogada, Datashow.
4.Partícipes	Enfermeiros
5.Propostas	Solicitar a presença de Hélvio José Nunes Ferreira, responsável técnico da tecnologia da informação da Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa, Bacharel em Processamento de Dados e Pós-Graduado em Gestão Empresarial, na próxima reunião dos enfermeiros, com a finalidade de demonstrar a sistematização do cuidado implantado no sistema tasy. Estabelecer qualificação dos enfermeiros até o aperfeiçoamento do instrumento e posteriormente liberar o sistema aos demais profissionais.

ANEXO

ANEXO 1**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Em atendimento à RESOLUÇÃO nº 196/96, do Ministério da Saúde.

Eu, _____ concordo em participar da pesquisa **“SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO EM ENFERMEGEM: UMA ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO”**, que tem por objetivo: descrever o processo de construção da sistematização do cuidado; caracterizar a implementação da etapa de coleta de dados e exame clínico; analisar o processo de construção da sistematização do cuidado na etapa de coleta de dados e exame físico. Essa pesquisa será desenvolvida por aluna do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná-UFPR.

A minha participação acontecerá por meio de entrevista individual, previamente agendada, que será gravada. Os dados obtidos somente serão utilizados pela autora da pesquisa mediante minha autorização, desde que sejam mantidos o sigilo e anonimato. O conteúdo final da investigação estará disponível aos sujeitos e instituições envolvidos, antes de sua divulgação acadêmica pública.

Após ler o texto acima, compreendi a natureza e o objetivo da pesquisa a que fui convidado a participar, certo de que terei acesso a todos os procedimentos, podendo ser esclarecido sobre quaisquer dúvidas. Estou ciente de que minha participação é voluntária e sou livre para interromper a participação na pesquisa a qualquer momento sem justificar decisão, sem que incorram problemas ou prejuízos.

Ponta Grossa, _____ de _____ 2007.

Assinatura da enfermeira
R. G. _____

Sandra Maria Bastos Pires
Pesquisadora responsável (42) 9919-14-42
Av: Carlos Cavalcanti, 338 Ponta Grossa -PR
e-mail sbastospires@pop.com.br
Orientadora: Prof^a Dr^a Marineli Joaquim Meier

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](#)