

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO**  
**Mestrado em Bioética**

**SILVIA REGINA TAMAE MENEZES**

**AUTONOMIA E VULNERABILIDADE DO ENFERMEIRO NA  
PRÁTICA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE  
ENFERMAGEM**

**SÃO PAULO**  
**2009**

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

**SILVIA REGINA TAMAE MENEZES**

**AUTONOMIA E VULNERABILIDADE DO ENFERMEIRO NA PRÁTICA  
DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Bioética

Orientadora: Profa. Dra. Margareth Rose Priel

Co-orientadora: Profa. Dra. Luciane Lúcio Pereira

**SÃO PAULO  
2009**

## Dedicatória

Não há como deixar de dedicar este trabalho àqueles que representam o meu  
alicerce,

Aos meus pais, Elias e Izabel pelo amor, pelo significado  
que tiveram em minha vida,  
por terem abdicado de seus momentos  
para permitir que hoje estivesse com esta formação.  
Amo vocês, saudades.

Ao meu esposo José Roberto  
pelo amor, respeito e amizade  
que une nossas vidas e que permite nosso  
caminhar em todos os momentos.  
Amo você.

Dedico em especial a minha querida Giovana,  
que continua sendo e será minha maior riqueza  
e símbolo da minha paz interior,  
o conforto para continuar na luta pela vida.  
Amo demais você.  
Obrigada por fazer parte de minha vida.

## Agradecimento Especial

Àquelas que sustentaram meu caminhar no decorrer deste trabalho,

À Profa.Dra. Margareth Rose Priel, pela atenção,  
pelo tempo dedicado a mim  
durante todo o desenvolvimento do trabalho,  
pela paciência, mas principalmente por tudo que me ensinou.  
Tenha certeza que representou  
meu alicerce durante todo o tempo.

À Profa. Dra. Luciane Lúcio Pereira,  
por todo o ensinamento que me proporcionou,  
pela paciência, compreensão e dedicação,  
nesta minha trajetória.  
Registro meu respeito e admiração.

## Agradecimentos

A DEUS, por ter me apresentado a confiança e a fé na minha jornada da vida, reforçando a minha convicção de que está no amor a verdadeira conquista.

Aos meus irmãos João Carlos e Wanderley, pelo apoio na minha trajetória de vida.

Às minhas cunhadas, meus cunhados e sobrinhos por torcerem por mim em todas as minhas jornadas.

A todos os meus familiares que torceram pelos resultados desta trajetória e souberam entender minha ausência nos momentos de convívio.

A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tâmara Iwanov Cianciarullo pela valiosa contribuição na fase de Qualificação, cujas sugestões contribuíram para enriquecer o trabalho e por sempre ter representado para mim um exemplo na profissão.

Ao Prof. Dr. Márcio Fabri dos Anjos pelas valiosas sugestões desde o momento da Qualificação, apresentando o verdadeiro compromisso com o ético.

Ao Prof. Dr. Abrão Rapoport, grande incentivador da busca do conhecimento, pela confiança em meu trabalho e por acreditar em meus objetivos.

À Reitoria do Centro Universitário São Camilo, pelo apoio enquanto docente.

Às coordenadoras do curso de enfermagem, professoras Denise, Tais, Lílian e Maria Inês pelo apoio e incentivo.

Aos professores do mestrado pelo ensino e discussões, em especial ao Coordenador do Curso de Mestrado Prof. Dr. Willian Hossne Saad por ter apresentado a Bioética de forma tão especial.

Às secretárias do mestrado pela atenção, à equipe da biblioteca pela atenção e em especial à bibliotecária Rosana pelas orientações e paciência na organização final do trabalho.

À Enfermeira Maria Silvéria Rocha, que sempre confiou e acreditou no meu trabalho junto à Comissão Central SAE da Coordenadoria de Serviços de Saúde da SES, nas discussões da profissão e pela amizade.

À amiga Meg pelo carinho, pela presença constante e nos momentos de “help” solicitados.

Aos amigos Andreia, Celi, Célia, Lenice, José Ronaldo, Maria Antonia, Maria do Parto, Maria Luiza, companheiros de profissão que acompanharam de perto, apoiaram e compartilharam dos momentos desta trajetória.

Às amigas Rita e Rosa pela amizade e carinho, com quem compartilhei grandes momentos no decorrer do curso de mestrado.

À Equipe de Diretores de Enfermagem, Supervisoras e Secretárias do Hospital Heliópolis por todos estes anos de convívio e compromisso de trabalho.

Aos alunos que me acompanharam nesta jornada.

A todos os meus amigos pelo carinho, amizade e que de certa forma participaram deste meu caminhar pelo carinho e amizade.

A vida nos oferece oportunidades de compartilhar com pessoas que ficarão sempre registradas nos arquivos de nossa mente. São personagens a quem agradeço com respeito e admiração.

“Foi com cuidado que “Cuidado” moldou o ser humano. Empenhou aí dedicação, ternura, devoção, sentimento e coração. E com isso criou responsabilidades e fez surgir a preocupação com o ser que ele plasmou. Essas dimensões, verdadeiros princípios constituintes, entraram na composição do ser humano. Viraram carne e sangue. Sem tais dimensões, o ser humano jamais seria humano. Por isso, a fábula-mito de Higino termina enfatizando que cuidado acompanhará o ser humano ao largo de toda a sua vida, ao longo de todo o seu percurso temporal no mundo”.

Leonardo Boff  
(Saber Cuidar: Ética do humano-  
compaixão pela terra, 1999).

MENEZES, Silvia Regina Tamae. **Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da sistematização da assistência de enfermagem**. 2009. 125f. Dissertação (Mestrado em Bioética). Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2009.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo reconhecer as questões relativas à autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro no processo de implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem ou Processo de Enfermagem. Foi realizado através de revisão bibliográfica com abordagem qualitativa, que se mostrou adequada para proceder à análise de conteúdo de artigos de periódicos científicos que trataram da implantação/implementação do processo de enfermagem ou sistematização da assistência de enfermagem. A pesquisa foi realizada na base de dados BVS - Biblioteca Virtual em Saúde e BVS – Enfermagem que forneceu resultados na Literatura Científica sendo selecionados os artigos apresentados na BDENF – Base de Dados de Enfermagem e LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e nas Publicações no SciELO (Scientific Electronic Library Online). O intervalo de pesquisa compreendeu o período entre 1998 e 2008, utilizando os descritores: Processo de Enfermagem; Sistematização da Assistência de Enfermagem, Implantação; Implementação, sendo selecionados 39 artigos para o estudo nesta base de dados acrescido de 01 artigo não indexado. Foi realizada uma leitura dos artigos na íntegra, seguida de uma releitura das conclusões e considerações finais, que serviram como base para a busca das unidades de significado, que permitiram definir duas categorias: Benefícios Associados à Prática da SAE na qual foram identificadas as subcategorias Benefício para o Paciente; Benefício para a Profissão e Benefício para a Instituição e, na categoria Fatores Determinantes para a Implantação/Implementação da SAE foram identificadas as subcategorias Competência do Enfermeiro; Importância da Formação e Educação Permanente; Registro e uso de Instrumentos; Aspectos Institucionais e Compartilhamento - Construção Coletiva. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (**SAE**) representa o instrumento de trabalho do Enfermeiro com objetivo de identificar as necessidades do paciente e proposta ao seu atendimento e cuidado, direcionando a Equipe de Enfermagem nas ações a serem realizadas. Trata-se de um processo dinâmico e que requer na prática conhecimento técnico-

científico. A Bioética (ética da vida) possui como um de seus princípios a autonomia que se traduz como a capacidade da pessoa se autogovernar e ser responsável por seu próprio comportamento. A vulnerabilidade, enquanto referencial bioético é uma palavra de origem latina, tendo o sentido de estar sujeito a ser ferido. Na discussão bioética de autonomia e vulnerabilidade foi possível reconhecer que a autonomia do enfermeiro está na realização da prática da SAE e deve ser estimulada na formação e educação permanente; inserida no desenvolvimento de competências dos enfermeiros; utilizada como estratégia política de resultados; na discussão e construção coletiva. A vulnerabilidade é reflexo de uma prática mecanizada que não valoriza o processo de enfermagem e na falta de conhecimento do enfermeiro. A SAE é um caminho de autonomia para a profissão por representar uma metodologia de assistência reconhecida pelos enfermeiros, por aproximar o enfermeiro do paciente, exigir conhecimento científico, responsabilidade e compromisso com a Lei do Exercício Profissional.

**Palavras-chave:** Bioética, Enfermeiro, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Processo de Enfermagem, Autonomia, Vulnerabilidade.

Menezes, Silvia Regina Tamae. **The Nurse Autonomy and vulnerability in practice of Nursing Assistance Systematization.** 2009. 125f. Master's Paper. (Masterchip in Bioethic). Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2009.

## **ABSTRACT**

This study aims to recognize the questions related to the autonomy and vulnerability of the nurse in the process of implantation and implementation of Nursing Assistance Systematization or Nursing Process. Accomplished through bibliography review with a qualitative approach, which has been considered appropriate to proceed the analysis of scientific articles related to the implantation/implementation of the nursing process or nursing assistance systematization. The research was made on Health Virtual Library (BVS) and Nursing – BVS, which has supplied the results selecting the articles presented on BDNF – Nursing Database and LILACS – Latin America and Caribbean Literature on Health Sciences and on SciELO (Scientific Electronic Library Online) publications. The research covers the period between 1998 and 2008, using the topics: Nursing Process; Nursing Assistance Systematization; Implantation; Implementation. There were 39 articles for the study in this database plus 01 non-indexed article. All the articles selected were read entirely, followed by the reading of the conclusions and final consideration, which served as basis for the search of units of meaning, and permitted to define two categories: Benefits Associated to the Practice of NAS with subcategories Benefit to the Patient; Benefit to the Profession and Benefit to the Institution and in the category Determining Factors for the Implantation/Implementation of NAS category, with the subcategories Nurse Competence; Permanent Education Importance; Instrument register and use; Institutional Aspects and Sharing – Collective Construction. The Nursing Assistance Systematization (NAS) represents the Nurse working instrument aiming to identify the patient needs and the proposal to their attendance and care, guiding the Nursing Team in the actions to be accomplished. It is a dynamic process which requires technical-scientific knowledge in practice. The definition of the categories permitted to discuss the NAS applicability practice, ending with a discussion about the autonomy and vulnerability, proposed in the current study. Bioethics (life ethics), has as one of its principles the autonomy translated as the capacity of one to govern oneself and be responsible for one's own behavior. The vulnerability, as a bioethical

reference, is a Latin-originated word, as if something has the possibility of being wounded. In the bioethical discussion of autonomy and vulnerability, it was possible to recognize as the Benefits for the Practice of NAS and the Determining Factors for Implantation/Implementation of NAS identified permitted to emphasize that the autonomy is in the NAS practice accomplishment and must be stimulated by permanent education; inserted in the nurses competences development; used as a result politics strategy; in the discussion and collective construction. The vulnerability is the reflex of a mechanized practice that doesn't value the nursing process and the nurse lack of knowledge. The NAS is an autonomy way for the profession because it represents an assistance methodology recognized by the nurses, it makes the nurse closer to the patient, demands scientific knowledge, responsibility and commitment to the Law of Professional Practice.

**Key Words:** Bioethics, Nurse, Nursing Assistance Systematization, Nursing Process, Autonomy, Vulnerability.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	13
1.1 Interesse pela pesquisa.....	14
1.2 Saúde: Necessidade do Indivíduo e Responsabilidade Profissional .....	16
1.3 O Enfermeiro, o Cuidar e o Processo de Enfermagem .....	21
1.3.1 O Enfermeiro .....	21
1.3.2 O Cuidar .....	29
1.3.3 O Processo de Enfermagem .....	32
1.4 Reflexão sobre autonomia e Vulnerabilidade na Enfermagem sob a Ótica Bioética .....	40
1.4.1 A Bioética .....	40
1.4.2 A Bioética na enfermagem .....	43
1.4.3 Autonomia .....	46
1.4.4 Vulnerabilidade.....	50
2 OBJETIVO.....	55
2.1 Objetivo Geral .....	56
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	57
3.1 Tipo de Pesquisa.....	58
3.2 Procedimentos de coleta de dados .....	58
3.3 Tratamento dos Dados.....	59
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	61
4.1 Benefícios Associados à Prática da SAE.....	62
4.1.1 Benefício para o Paciente.....	63
4.1.2 Benefício para a Profissão .....	65
4.1.3 Benefício para a Instituição.....	66

4.2 Fatores Determinantes para Implantação/Implementação da SAE.....	68
4.2.1 Fatores determinantes para a implantação/implementação da SAE - Competência do Enfermeiro.....	68
4.2.2 Fatores determinantes para a implantação/implementação da SAE - Importância da Formação Educação Permanente.....	73
4.2.3 Fatores determinantes para a implantação/implementação da SAE - Registro e uso de Instrumentos.....	77
4.2.4 Fatores determinantes para a implantação/implementação da SAE - Aspectos Institucionais.....	78
4.2.5 Fatores determinantes para a implantação/implementação da SAE - Compartilhamento - Construção Coletiva.....	81
5. Autonomia versus Vulnerabilidade na Prática da Implantação/Implementação da SAE.....	87
5.1 Autonomia e vulnerabilidade revendo conceitos.....	88
5.1.1 Autonomia.....	88
5.1.2 Vulnerabilidade.....	91
5.1.3 Autonomia e Vulnerabilidade.....	92
5.2 Autonomia e vulnerabilidade: discutindo os resultados .....	93
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
REFERÊNCIAS.....	113

## 1. INTRODUÇÃO

---

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Interesse pela Pesquisa**

Refletir sobre o exercício profissional do enfermeiro que atua em uma área complexa que envolve o processo saúde-doença, sempre me foi instigante. Uma profissão profunda de sentimentos para com o outro, desafiadora em sua prática, ingênua por sua simplicidade, ambiciosa em suas propostas, árdua em seus desafios, persistente em sua busca por respostas e forte em seu papel social, requer discussões que venham a contribuir para o seu desenvolvimento.

No decorrer de minha prática profissional tive oportunidade de executar atividades de Enfermagem na assistência ao paciente, realizando e ou orientando cuidados, em unidades clínicas e cirúrgicas, em áreas de especialidades como infectologia e nefrologia, sendo a maior parte dos anos de atividade em Unidade Terapia Intensiva e Serviço de Nefrologia para pacientes crônicos, envolvendo o atendimento especializado ou a pacientes críticos.

A esta prática somou a atuação em educação continuada e supervisão de enfermagem, além da experiência no ensino como professora em curso de Auxiliar de Enfermagem, posteriormente como docente na graduação de enfermagem.

No decorrer desses anos, as atividades administrativas foram se incorporando à prática profissional assistencial, me conduzindo a assumir o gerenciamento de um serviço. Anteriormente à função de Diretora Técnica de Divisão, houve a experiência na Chefia do Serviço de Terapia Intensiva e posteriormente Diretora Técnica de Serviço em Unidades Clínicas e Cirúrgicas que muito contribuíram para o exercício da função gerencial.

A atividade de gerenciamento está sendo desenvolvida em um hospital público, desde fevereiro de 1995. Nesses anos de vida profissional, vivenciei o período de transição do INAMPS para o SUDS e posteriormente SUS.

Nesta trajetória profissional no decorrer destes anos e pelo interesse em trabalhar por melhores resultados na assistência de enfermagem, associado à função exercida, tive oportunidades de estar junto a grupos de trabalho na Secretaria de Estado da Saúde. O trabalho mais amplo em relação à SES foi o Projeto Tecendo a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

O Projeto Tecendo a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos Hospitais do Estado de São Paulo, teve início com a participação das instituições da Secretaria Estadual de Saúde, Instituto de Saúde (IS); Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS); Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) representados por enfermeiros ou profissionais convidados.

O objetivo geral do projeto foi trabalhar a implantação/implementação da SAE e todas as etapas nos hospitais da rede, sendo que no decorrer do Projeto foi definido como objetivo específico, introduzir indicadores de qualidade que fossem sensíveis o suficiente para medir o impacto desta prática.

Em 2008 o Projeto Tecendo a SAE passou a Programa SAE, contando com a participação da Coordenadoria de Serviços de Saúde, sendo o grupo de trabalho composto por enfermeiros dos hospitais e ambulatórios da rede. Continuo fazendo parte da equipe de trabalho na Comissão Central de Monitoramento SAE participando do grupo de Indicadores.

Toda esta vivência me permite ter dúvidas e anseios. Dúvidas sobre se a SAE enquanto implantação/implementação, tanto na instituição que trabalho ou partilhando da construção em outras instituições, propicia de fato ao enfermeiro uma prática científica e de acordo com a Lei do Exercício Profissional. Anseio por resultados que represente a valorização e autonomia profissional.

Atuando como enfermeira, em gerência de enfermagem, cuja responsabilidade junto de sua equipe, está em realizar uma assistência de enfermagem de qualidade e trabalhar a implantação/implementação da SAE, refletir sobre esta prática me parece uma importante contribuição.

Ampliar o leque da discussão sob o olhar da Bioética na autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem, um modelo de trabalho exigido em sua formação, esperado em suas competências e na Lei do Exercício Profissional, representa um compromisso pessoal e profissional.

Talvez o tema proposto neste trabalho venha a representar o início de minhas reflexões sobre o papel exercido pelo enfermeiro na sociedade, enquanto membro da equipe de saúde, participante direto da assistência ao paciente em sua integralidade.

O papel social da profissão, a meu ver, está além das habilidades técnicas e científicas que permitem ao enfermeiro desenvolver e aprimorar

conhecimentos ou abraçar a continuidade da trajetória de uma formação pautada na arte e ciência do fazer enfermagem.

Considerando que os caminhos são construídos por questionamentos em busca de respostas e que a investigação deve ser base para o desenvolvimento e crescimento profissional, tenho a expectativa de ter refletido sobre a prática do enfermeiro pautada na execução do processo de enfermagem.

A proposta desta investigação tornou-se mais completa diante de uma visão da Bioética, reconhecendo o quanto autonomia e vulnerabilidade estão presentes na aplicação deste método de trabalho.

A construção do presente estudo, compreendeu apresentar a saúde como necessidade do ser humano e como está estabelecida no Brasil resgatando alguns pontos da trajetória histórica; referenciar o enfermeiro diante de sua responsabilidade profissional perante o cuidar/cuidado de enfermagem, ampliando a discussão sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem ou Processo de Enfermagem como metodologia de trabalho proposta para o seu exercício, e, finalizando está a construção com as questões da Bioética: autonomia e vulnerabilidade seus conceitos e reflexões.

## **1.2 Saúde: Necessidade do Indivíduo e Responsabilidade Profissional**

O homem convive em sociedade e busca, através de seus valores individuais e comunitários, estabelecer um equilíbrio entre as possibilidades de promoção de educação, saúde, trabalho, lazer, cultura e moradia, com objetivo de satisfazer suas necessidades humanas básicas.

O ser humano, para seu desenvolvimento individual e social, necessita da manutenção da saúde física e mental. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define “Saúde é o completo bem estar físico, mental e social e não somente a simples ausência de doença ou enfermidade.”

Segundo Sá Junior (2004) a origem etimológica da palavra saúde é do latim *sanitas*, “referindo-se à integridade anátomo-funcional dos organismos vivos (sanidade).” Apresenta ainda um olhar que integra no conceito de saúde não somente o ser enquanto indivíduo, mas em sociedade e enquanto órgão

governamental, bem como integrada por seus profissionais. Algumas significações destacadas:

[...] sanidade, ausência de enfermidade em um ser vivo (o mais antigo significado, como em: esteve doente, recuperou a saúde)... e) sentir-se bem ou, ao menos, não se sentir mal (a saúde se manifesta no silêncio dos órgãos, diziam os antigos); [...]g) designação sintética dos programas, estabelecimentos, agências ou organismos sociais públicos ou privados destinados a cuidar da saúde dos indivíduos e comunidades; h) atividade política pública ou programa social governamental voltado para os cuidados com a saúde individual ou coletiva e para a administração destes serviços (como em funcionário da saúde, profissão de saúde, Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde). (SÁ JUNIOR, 2004, p.15-16).

O autor, ao trazer essa visão do conceito de saúde, permite incluir os profissionais da área no compromisso com a saúde, destacando a importância de seu trabalho "[...] na atividade sanitária consubstanciada nas ações e serviços de saúde; na atividade dos trabalhadores e dos estabelecimentos ou agências de saúde, nos programas e planos de saúde e nas ações de saúde públicas ou privadas." (SÁ JUNIOR, 2004, p. 15-16).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 apresenta no seu Art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p. 37).

Pessini (2006) ao analisar este conceito afirma que a Constituição de 1988 estabelece um compromisso social não somente com a promoção, mas também com a assistência de igual possibilidade para todos.

O atendimento de saúde da população brasileira está representado no setor público e privado. O modelo SUS proposto e implantado em 1988, que completou 20 anos de existência, propõe e requer por parte dos profissionais da área envolvimento e comprometimento com o sistema.

O Sistema Único de Saúde (SUS), adotado pelo país como modelo de gestão da saúde, possui um papel de extrema importância para a sociedade brasileira e com seus princípios de universalidade, equidade e integralidade;

associado aos princípios de sua organização, estabelece as diretrizes de ação para que sua implementação atenda a população (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2002).

No relatório da 8ª CNS (Conferência Nacional de Saúde) que ocorreu no período de 17 a 21 de março de 1986, o enfoque da Saúde como Direito, indica que a “saúde é 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”, devendo inclusive ser um processo de conquista pela sociedade. Uma visão de que o ser humano, enquanto ser individual tem direito a condições dignas de vida e acesso aos serviços responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde, associado a uma integração às políticas econômicas e sociais (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Em sua descrição histórica, Associação Paulista de Medicina (2002) esclarece que o texto constitucional de 1988 define a saúde como um produto social e está incluída no capítulo da Seguridade Social que representa “o conjunto das ações de Saúde, Previdência Social e Assistência Social, com financiamento comum, e, para organizar o funcionamento do SUS, são elaboradas e aprovadas as Leis Orgânicas de Saúde: Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90.” (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2002, p. 165).

Para Oliveira et al. (2008) independente da estrutura organizacional e das conquistas alcançadas pelo SUS, sua importância para o setor saúde, está na forma como faz o direcionamento, a concepção, o pensar e o próprio fazer a assistência da saúde no país. O SUS possui características inovadoras, pautadas nos princípios e perfil da proposta do sistema; mas também conservadoras, diante de práticas de saúde cujo modelo de assistência está na medicalização e alta tecnologia na hospitalização, que explicam o conservadorismo existente.

Pessini (2006) ao apresentar um retrospecto histórico que pode contribuir para a compreensão da realidade da saúde brasileira, pontua os princípios do SUS e convoca a participação ética e social dos cidadãos para esta conquista, onde destacamos:

Num passado não muito distante, a saúde era vista como caridade. Com a Constituição de 1988 passamos a entendê-la como direito. Hoje, em tempos de economia globalizada e mercado voraz, a saúde não é vista nem como caridade, nem, muito menos, como um direito, mas como “negócio” rentável. Assim, quem tem dinheiro e pode pagar possui um bom plano de saúde. Já quem não tem, que se contente com a fila do SUS. Essa realidade iníqua precisa, urgentemente, ser superada. Entretanto, é difícil modificá-la sem a participação cidadã da comunidade. Nestes tempos de renascimento da esperança no País, urge que viabilizemos uma nova cultura ética na área da saúde, em que a promoção desse direito rime com uma política de equidade e solidariedade. (PESSINI, 2006, p. 73).

Atrelar a responsabilidade cidadã ao compromisso com o SUS representa uma mudança na cultura da sociedade para compartilhar das ações de saúde. Chiesa et al. (2007) apresenta que a promoção da saúde “[...] busca articular saberes técnicos e populares, mobilizar recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, de diversos setores, para o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde”, finaliza a idéia convocando a participação da população que “[...] assume um papel ativo no processo de construção das práticas sanitárias para o enfrentamento de diversos problemas e necessidade de saúde.” (CHIESA, 2007, p. 237).

No que tange a promoção da saúde, Barchifontaine (2006, p. 41-42) apresenta que “promover a saúde significa intervir socialmente na garantia dos direitos e nas estruturas econômicas que perpetuam as desigualdades na distribuição de bens e serviços.” Frisa a importância das políticas de saúde que caminham “[...] no sentido de implementar estratégias governamentais que visam corrigir os desequilíbrios sociais e propiciar a redução das desigualdades sociais.”

Estas questões permitem uma reflexão sobre o papel do Estado, de seus governantes e da população, pois a saúde representa um bem para o indivíduo, para a família e para a sociedade e deve ser entendida como um compromisso de todos objetivando uma melhor qualidade de vida.

No atendimento à saúde, onde o cenário é complexo e os profissionais no geral atuam na assistência ao indivíduo ou ao usuário do sistema, ou mesmo atuando na área administrativa, provendo tanto recursos materiais como humanos, a aplicabilidade do atendimento às metas propostas está sujeita a reações pessoais provindas de valores intrínsecos ao ser humano, do

exercer a profissão com seriedade para o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidas.

Alonso (2006, p. 215) pontua que “uma sociedade justa, livre e próspera certamente necessita de bons profissionais. A saúde pública dependerá, mesmo que não exclusivamente, do fato de ter bons médicos, [...]”, desta forma, estabelece a responsabilidade dos profissionais das mais diversas áreas do trabalho. Convém destacar a importância que estabelece aos profissionais em sua responsabilidade:

[...] o melhor serviço profissional que uma categoria pode prestar à sociedade está em fazer bem, com competência, diligência e responsabilidade social, o que lhe cabe fazer; fazê-lo com a competência especializada que justifica que isso lhe tenha sido encomendado em regime preferencial ou até mesmo exclusivo. (ALONSO, 2006, p. 216).

No entanto, Alonso (2006, p. 216-217) esclarece que para ocorrer no âmbito do conjunto da profissão, os profissionais devem ter alto senso social transpondo o corporativismo que normalmente defende os interesses da categoria profissional, tenha ou não razão.

Neste sentido, para estudar o tema proposto, incluímos o tema saúde e responsabilidade profissional, para discussão sob o enfoque da Bioética, pois o que se questiona é como atender em saúde diante de novas tecnologias que a ciência proporciona, com novos equipamentos surgindo no mercado, novas drogas sendo disponibilizadas, ocorrendo, entretanto restrições de acesso, e, necessidade de educação técnico-científico continuada dos profissionais.

Surgem muitas questões para novas pesquisas sobre o assunto, pois as implicações não estão somente nos aspectos sociais, mas sim, extremamente vinculados aos aspectos éticos.

Dentre os profissionais que atuam na assistência à saúde, a proposta está em inserir o enfermeiro e discutir o desenvolvimento de seu papel profissional no sistema público ou privado, diante do que a Lei do Exercício Profissional estabelece e do processo de trabalho técnico-científico proposto em sua formação.

### **1.3 O Enfermeiro, o Cuidar e o Processo de Enfermagem**

#### **1.3.1 O Enfermeiro**

No âmbito das profissões que atuam na área da saúde, onde inovações tecnológicas e descobertas da medicina acontecem freqüentemente, para a profissão de enfermagem, representa um desafio promover e valorizar a busca do conhecimento e desenvolver o caminho para uma assistência de qualidade. Uma profissão cujo processo de trabalho, deve acompanhar as mudanças qualificando técnica e científica seus profissionais.

A trajetória histórica da enfermagem permite desenhar uma profissão que teve períodos de desenvolvimento e desafios, acompanhados de ações por parte de profissionais que trouxeram novos rumos e paradigmas, como exemplo, a história de Florence Nightingale ao delinear a enfermagem moderna e científica, que se iniciou no século XIX.

Florence Nightingale defendeu a idéia de uma profissão com bases reflexivas e de questionamentos, pautada em conhecimentos científicos que representou a diferença do modelo biomédico praticado. No entanto, a enfermagem nos anos seguintes caminhou para ações práticas sem ser sistematizada, focando mais na doença do que nas necessidades do paciente. (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

Oguisso e Schmidt (2007) explicam que a Enfermagem compreende uma equipe formada por profissionais com formação de curso superior e de nível médio, especificamente Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem, podendo ser exercida somente pelo profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem.

Sendo uma equipe, representa um grupo específico na área de saúde, tendo como responsabilidade ética, legal e técnica o CUIDAR do ser humano, tanto no atendimento primário como secundário e terciário, ou seja, na saúde pública ou hospitalar, no atendimento do indivíduo, família e comunidade. (OGUISSO; SCHMIDT, 2007)

O enfermeiro em sua função de planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar, tanto no gerenciamento de uma unidade, como de um serviço ou instituição, trabalha com o saber – fazer – ser enfermagem e traça as diretrizes de atuação de sua equipe. (DE SANTI, 1996).

Horta (1979) distinguiu três Ser na enfermagem: O Ser-Enfermeiro, o Ser - Paciente e o Ser - Enfermagem. Considerei importante destacar como a autora apresenta o SER-Enfermeiro, pois insere o compromisso social do enfermeiro no cuidado com o ser humano.

O Ser-Enfermeiro é um ser humano, com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações; é aberto para o futuro, para a vida, e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem. Este compromisso levou-o a receber conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiro, sancionados pela sociedade que lhe outorgou o direito de *cuidar de gente*, de outros seres humanos. Em outras palavras: O Ser-Enfermeiro é *gente* que cuida de *gente*. (HORTA, 1979, p. 3).

De Santi (1996, p. 12) ao estudar a construção do saber fazer, destaca as responsabilidades na formação do enfermeiro no início de seus estágios curriculares. É o momento em que:

[...] vai se adentrando no Fazer da Enfermagem, levando para tal experiência os conhecimentos técnicos científicos oriundos e extraídos do Saber correspondente e as expectativas, a disposição e, com certeza, a predisposição para a ação, iniciando assim a construção do seu ser-enfermeiro.

Neste aspecto, entendemos que o papel exercido pelo enfermeiro é construído desde sua formação, apoiado nas ações do cuidar e do saber - fazer – ser, conduzindo a enfermagem para o caminho deste cuidar. Neste sentido, citamos Giordani (2008) que pontua uma questão importante para uma reflexão na enfermagem onde o valor que a sociedade ocidental ainda cultua do “[...] **ter** e o **saber** na dimensão material e individualista do que o **ser** e o **fazer** pautados em valores éticos básicos a no respeito aos direitos fundamentais do Homem a uma existência e convivência digna nos meios privado e público.” (GIORDANI, 2008, p. 24).

A autora amplia sua forma de ver o *ser* e o *fazer* ao questionar o modelo assistencial presente em muitos serviços de saúde, onde a organização segue sob a “óptica hegemônica do modelo médico neoliberal, o qual subordina claramente a dimensão cuidadora que implica o **ser** e o **fazer** a um papel irrelevante e complementar.” (GIORDANI, 2008, p. 24).

A prática de Enfermagem requer conhecimentos científicos que são adquiridos através de suas diversas disciplinas, tendo como fundamentação suas Teorias. As primeiras teorias de enfermagem surgem nos anos 60 no século passado. (HORTA, 1979).

Na análise de HORTA, a Enfermagem está inserida nos conceitos de ciência e teoria. Ciência é um conjunto de conhecimentos sistematizados e organizados; soma dos conhecimentos práticos que servem a um determinado fim; conhecimentos humanos considerados no seu todo, segundo sua natureza e progresso. Teoria, por definição, consiste em princípios básicos e elementares de uma arte ou ciência; opiniões sistematizadas. Considera que, “a Enfermagem, desde seus primórdios, vem acumulando um corpo de conhecimentos e técnicas empíricas e hoje desenvolve teorias relacionadas entre si que procuram explicar estes fatos à luz do universo natural.” (HORTA, 1979, p. 4).

Horta (1979, p. 8) pontua que a Enfermagem, enquanto ciência, tem seu embasamento nas diversas teorias que “exprimem relações necessárias entre os fatos e os atos”.

Na Teoria de Parse, encontra-se a sustentação de que a ciência e a arte fazem parte da prática de Enfermagem, com utilização de conhecimentos abstratos a serviço das pessoas. (GEORGE, 2000, p. 276).

O desenvolvimento do pensamento teórico da profissão teve início com os escritos de Florence Nightingale. Em seu trabalho *Notes on Nursing* é apresentada a primeira teoria de Enfermagem que discute o ambiente como um benefício ao paciente. A Universidade de Columbia nos anos 50, através dos *Teachers College*, desenvolveu programas para o curso de graduação com objetivos de atender necessidades funcionais na área de administração e educação. (GEORGE, 2000)

Peplau, Henderson, Hall e Abdellah, formandos destes programas, foram os primeiros a conceituar teorias da ciência em Enfermagem, destacando através de um modelo biomédico, as atividades da Enfermeira e seu papel funcional. A Universidade da Califórnia, Los Angeles, apresentou por meio de Johnson a idéia de que na Enfermagem o conhecimento era baseado em um diagnóstico de Enfermagem diferente do diagnóstico médico. (GEORGE, 2000)

Tendo por objetivo exemplificar como as teorias embasam as ações de enfermagem, apresentamos a teoria de Peplau que define como objetivo da enfermagem educar o cliente e a família e ajudá-lo no desenvolvimento de sua maturidade, tendo a enfermeira um papel de “conselheira e defensora”. Na teoria de Henderson o auxílio ao indivíduo está em realizar atividades que contribuem para a “saúde, recuperação ou morte tranqüila”, onde as ações de enfermagem estão centradas no cliente. (POTTER; PERRY, 2004, p. 81).

A *Yale School* contribui nos anos 60 com o estudo que enfocou a Enfermagem no relacionamento enfermeiro/ paciente. Os teóricos desta escola “vêm a Enfermagem como um processo, mais do que como um fim em si mesma. Eles observam como as enfermeiras fazem o que fazem e como o paciente percebe a sua situação”. Docentes desta escola, Dickoff, James e Wiendenbach, apresentaram em 1967, a definição da teoria de Enfermagem e as metas para o seu desenvolvimento. (GEORGE, 2000, p. 14)

A década de 70 foi marcada pela apresentação de muitas teorias de Enfermagem, e os anos 80 pela revisão de muitas delas baseada em pesquisas, incluindo outros nomes ao corpo de teóricos de Enfermagem. Os anos 90 foram marcados pelos estudos de pesquisa que testam e expandem a teoria de Enfermagem. (GEORGE, 2000, p. 15)

Wanda Horta, Enfermeira que estudou e pesquisou Enfermagem no Brasil, definiu que:

Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o 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).

O Enfermeiro, como líder da equipe, tem a função de garantir que a assistência de Enfermagem prestada seja adequadamente planejada, executada e que promova o bem-estar do indivíduo. A definição de Enfermagem, apresentada por Wanda de Aguiar Horta, depara-se com “a ciência e arte”, permitindo uma análise da profissão como a arte de cuidar. (KAWAMOTO & FORTES, 1986, p. 1).

A Enfermagem enquanto arte tem seu foco na prática. “A prática é criativa e imaginativa. Está fundamentada em conhecimentos abstratos, julgamento intelectual e compaixão humana”. (HORTA, 1979, p. 22)

A prática de Enfermagem depara-se com a aplicação dos conhecimentos científicos adquiridos na teoria, principalmente na relação enfermeiro-paciente, com objetivos claros de dar e receber respostas quanto ao cuidado proposto e executado. O profissional tem no seu papel uma interação harmoniosa, responsável e firme, que depende do processo de conhecimento das necessidades do assistido.

Teoria de Enfermagem é definida por Meiles (1991 apresentado em GEORGE et al. 2000) como um conceito articulado e comunicado, proveniente de uma realidade criada ou descoberta própria da enfermagem tendo como proposta o descrever, dar explicação, prever ou realizar a prescrição de cuidados de enfermagem.

Objetivando dar suporte sobre o entendimento da importância das Teorias de Enfermagem apresentamos Cianciarullo et al. (2000, p. 32), que pontuam ao abordarem os modelos teóricos de enfermagem, a importância da pessoa humana, descrevem:

O ponto central da Enfermagem é a pessoa humana. Daí a necessidade de desenvolver conhecimento, compreensão dos indivíduos, famílias e grupos sociais. Os modelos teóricos de Enfermagem têm por finalidade explicitar a ontologia da pessoa, ou seja, a natureza, os valores e princípios morais que lhe são inerentes, definir o ambiente em sua concepção quanto à dimensão e influências no ser humano, descrever o modo como concebem a Enfermagem, em que esta consiste, como se faz necessária e como se manifesta em ações práticas e, ainda, explicam a maneira como são percebidos os estados de saúde e doença, seu significado e fatores condicionantes.

Potter e Perry (2004, p. 76) trazem que os modelos teóricos fazem referência “às idéias globais sobre os indivíduos, grupos, situações ou eventos de interesse para uma disciplina específica”. Esta por sua vez possui “componentes específicos de domínio” que descrevem um paradigma. No domínio está contido o “objeto, os conceitos centrais, os valores e crenças, os fenômenos de interesse e os problemas centrais da disciplina”.

As autoras explicam que foi identificado na enfermagem seu domínio em um paradigma: a pessoa, a saúde, o ambiente/situação e enfermagem que representam as quatro ligações de interesse. Esclarecem que a pessoa que são “os clientes individuais, famílias e a comunidade”, são os receptores do cuidado. “A pessoa é central para o cuidado que está sendo prestado”.

Enfatizam a importância de a enfermagem prestar o cuidado individualizado e de acordo com as necessidades do cliente. (POTTER; PERRY, 2004, p. 76).

Dentre as teóricas de enfermagem Dorothea Orem (1971), enfatizou as necessidades do autocuidado do cliente ao desenvolver sua definição de enfermagem. Sua teoria traz como objetivo “ajudar o cliente a realizar o autocuidado”. Para Orem, “o cuidado de enfermagem é necessário, quando o cliente é incapaz de atender às necessidades biológicas, psicológicas, de desenvolvimento ou sociais.” (POTTER; PERRY, 2004, p. 82).

Na teoria de Jean Watson (1979) a base da enfermagem está nos cuidados derivados de uma perspectiva humanística e nos conhecimentos científicos e enfatiza que este cuidado sofre influências externas relacionadas “demandas de tarefas e da tecnologia dos fatores curativos”. Em sua teoria propõe sete pressupostos relacionados à ciência do cuidado como um exemplo: “o cuidado efetivo promove a saúde e o crescimento individual e familiar”. A construção desta estrutura está sobre 10 fatores de cuidado como: “o uso sistemático do método científico de problemas para tomar decisões”. (GEORGE, 2000, p. 253-254).

Consideramos importante destacar fundamentos da teoria de Watson que trata do sistema de valores e das habilidades necessárias na ciência do cuidado:

Para que as enfermeiras desenvolvam filosofias humanísticas e sistemas de valores, é necessária uma ampla base nas artes liberais. Esta filosofia e este sistema de valores proporcionam, por sua vez, um fundamento sólido para a ciência do cuidado. A base em artes liberais pode auxiliar a enfermeira a expandir a sua visão do mundo e a desenvolver as habilidades de pensamento crítico. A visão expandida do mundo e a habilidade de pensamento crítico são necessárias na ciência do cuidado, que enfoca mais a promoção de saúde do que a cura da doença. (GEORGE, 2000, p. 253).

O cuidado é tema central da teoria de Patrícia Benner e Judith Wrubel (1989) de forma a que as enfermeiras têm por objetivo ajudar o cliente em sua recuperação e consideram a preocupação pessoal um aspecto importante e que faz parte da prática de enfermagem. Para Benner a teoria da prática de enfermagem “focaliza o cuidado para ajudar os indivíduos nas situações únicas de lidar com o estresse da doença”. (POTTER; PERRY, 2004, p. 83-88).

O destaque de pontos importantes sobre algumas teorias de enfermagem permitiu identificar princípios que norteiam as ações, através do conhecimento que orienta o processo de cuidado realizado pela enfermagem.

As atividades exercidas pela enfermagem estão previstas na Lei do Exercício Profissional, que estabelece atribuições para cada uma das categorias profissionais. Considera-se importante destacar algumas atividades específicas do enfermeiro, que oferecem sustentabilidade para as suas ações no processo de cuidar.

O Decreto N<sup>o</sup>. 94.406, de 08 de junho, de 1987, regulamenta a Lei n. <sup>o</sup> 7.498, de 25 de junho de 1986, constitui os dispositivos legais e dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem e dá providências. Na Lei estão estabelecidas as competências que são privativas do enfermeiro. Decreta em seu Artigo 8<sup>o</sup>:

O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe:

I - Privativamente:

e) consulta de Enfermagem;

f) prescrição da assistência de Enfermagem;

g) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida; e,

h) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas. (COREN-SP, 2001, p. 45).

Este Artigo 8<sup>o</sup> define para o enfermeiro responsabilidades sobre ações que lhe são próprias, garantidas por Lei. Na Lei as atribuições dos técnicos e auxiliares de enfermagem foram incluídas, estando sob orientação e supervisão do enfermeiro. (OGUISSO; SCHMIDT, 2007)

Historicamente podemos informar que a Lei 2.604, de 17/09/1955, representou uma Lei específica referente ao exercício da enfermagem. No entanto, foi a Lei 3.780, de 12/07/1960, que permitiu ao enfermeiro ser classificado como um profissional técnico - científico de nível superior no serviço público federal, pois dispôs sobre a Classificação de Cargos do Serviço Civil do Poder Executivo, conduzindo estado e município a reconhecer na profissão de enfermagem a categoria universitária. (OGUISSO; SCHMIDT, 2007)

Os profissionais de Enfermagem estão representados na equipe de saúde e possuem um papel específico na assistência aos pacientes. Os

Serviços de Enfermagem dos hospitais, clínicas e postos de saúde, representam através de suas gerencias e chefias o órgão responsável na organização e planejamento dessa assistência.

Neste sentido, podemos complementar que o papel do Enfermeiro não corresponde somente ao assistencial, mas também ao administrativo, por meio do gerenciamento de pessoal, de material e na organização do setor de trabalho.

O Enfermeiro é o profissional de Enfermagem que se encontra diante do cuidar realizando a assistência de enfermagem, ao mesmo tempo em que assume ações administrativas. O Artigo 8º da Lei do Exercício Profissional apresenta outras funções privativas do Enfermeiro:

Art.8º - Ao Enfermeiro incube:

I - Privativamente

- a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
  - b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares na empresa prestadoras desses serviços; e,
  - c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem [...].
- (COREN-SP, 2001, p. 45)

Ideologicamente os profissionais de enfermagem deveriam priorizar o cuidado ao ser humano. No entanto, na prática há dificuldade em sustentar este ideal. Silva (2004) ao discutir o tempo do cuidado, relata que os enfermeiros ao entrarem para o mercado de trabalho encontram uma realidade diferente da formação acadêmica. Ao assumirem as responsabilidades profissionais se encontram diante de várias atividades e se distanciam da assistência ao paciente justificando como falta de tempo para cuidar.

A organização do tempo passa pelo compromisso de uma prática profissional do enfermeiro alinhada com os valores éticos e morais, permeando a profissão. Para tanto consideramos de extrema importância dar valor aos instrumentos e ferramentas de trabalho do enfermeiro, que fazem parte das ações dos profissionais de enfermagem, permitindo uma reflexão sobre dignidade, responsabilidade, humanização, perseverança, autonomia e vulnerabilidade, alicerces de construção de uma profissão dedicada ao cuidado do ser humano.

Desta forma, tendo sido apresentado alguns aspectos da profissão de enfermagem e das responsabilidades do enfermeiro, serão discutidos *o cuidar* e sua relação com o papel exercido pelo profissional.

### 1.3.2 O Cuidar

O homem não vive somente para satisfazer-se, mas envolto a uma interdependência com outros homens, outros seres vivos ou inanimados que fazem parte de um contexto maior, em busca de uma qualidade de vida dentro de conceitos considerados dignos de promoção de bem-estar e saúde.

Neste sentido, Horta (1979, p. 39) salienta que “[...] as necessidades são universais, portanto comuns a todos os seres humanos; o que varia de um indivíduo para outro é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-la ou atendê-la.” Em seus estudos na enfermagem, trabalhou com a teoria de motivação humana de Maslow nas necessidades humanas básicas, utilizando a denominação de João Mohana (necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual).

No entender de Paim (1978) as raízes da enfermagem estão nas necessidades fundamentais da pessoa humana. Não importa o estado de saúde da pessoa, para o enfermeiro importa ter em sua mente como imprescindíveis as necessidades individuais como vestimenta, alimentação, afeto, carinho, aceitação social, auto-estima, e ser imbuído de um sentimento de ser útil e interdependente, no que toca as relações sociais.

A enfermagem enquanto profissão abraça o cuidar como instrumento para suas ações. Cuidar representa um caminho para uma prática que possui o compromisso com o ser humano. Em Waldow (1999, p. 129) encontramos uma visão de cuidar que alinha esta idéia: “a finalidade do cuidar na enfermagem é prioritariamente aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade a facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer.”

Esta visão é complementada por Erdmann et al. (2005, p. 419):

[...] o sujeito do cuidado de enfermagem é a pessoa, portanto, o respeito a sua dignidade, o valor de sua vida, aos direitos que possui como ser humano, como o direito à saúde, ao bem estar, à segurança, à paz, à educação, ao trabalho, ao lazer, entre outros, são diretrizes que orientam a dimensão ética do cuidado de enfermagem.

Zobolli e Fracolli (2007, p.139) ao trazerem que “A enfermagem é marcada pelo cuidado, a ponto de se identificar com este” permitem uma discussão sobre uma dimensão ética da profissão. A esta idéia os autores trazem a questão da vulnerabilidade profissional ao exercer o cuidado ou ao se utilizar da pesquisa, descrevem: “[...] Assim, vulnerabilidade e a proteção das pessoas têm sido preocupações de sua prática profissional, seja na assistência ou na pesquisa” permitindo uma reflexão sobre as bases da profissão e na maneira do fazer em enfermagem.

Potter e Perry (2004, p. 88) trazem que o cuidado representa um “fenômeno universal que influencia o modo pelo qual as pessoas pensam, sentem e se comportam em relação ao outro”. Destacam a leitura que Patrícia Benner faz sobre o cuidado que representa a preocupação pessoal com o outro de forma a permitir as enfermeiras a ajudar o paciente a compreender e dar significado ao que está vivenciando no caso específico daquele momento de perda de saúde, ajudando em sua recuperação, fazendo com que o cuidado permita “criar uma possibilidade” de intervenção e a planejar a assistência.

Nesta leitura do cuidado, podemos introduzir como Boof (1999, p. 33) descreve o cuidar:

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um *ato*; é uma *atitude*. Portanto, abrange mais que um *momento* de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Ao discutir o cuidar Volich (2000, p. 238) insere uma viagem histórica desde o “[...] compreender a *experiência do cuidar*”, a *relação terapêutica* apontando para a relação estabelecida “[...] entre uma pessoa que sofre buscando um alívio e alguém que supostamente pode aliviá-la” e a *relação educativa* “[...] que se estabelece entre o sujeito que, para desenvolver-se, busca alguém que supostamente pode orientá-lo com vistas a esse fim.”

Volich (2000, p. 239) apresenta que tanto a relação terapêutica quanto a relação educativa atuam através de suas ações respectivas. “A ação terapêutica e a ação educativa compartilham um objetivo comum: permitir ao sujeito alcançar e preservar o bem, manter-se no rol da normalidade, e em caso de desvio, conseguir alcançar novamente esse bem.”

Consideramos importante entender os conceitos apresentados, e transferir para a esfera do papel exercido pelo enfermeiro no cuidar, uma vez que em suas ações profissionais o conhecimento técnico - científico percorre o fazer na profissão favorecendo “ao sujeito alcançar o bem.”

Volich (2000) ao complementar sua idéia, pontua:

Nesse sentido, ao nos referirmos à função terapêutica, pouco importa, inicialmente, a especialidade daquele que a exerce. O terapeuta pode ser um médico, um psicólogo, um fisioterapeuta, uma assistente social, uma enfermeira, até mesmo (por que não?) um vizinho, ou seja, todo aquele a quem, em um certo momento, é dirigido um insidioso pedido de ajuda com relação a um sofrimento que busca um outro que possa compartilhá-lo, e que se disponha a acolher este pedido. (VOLICH, 200, p. 240).

Para Volich (2000, p. 244) o cuidar “pressupõe um exercício permanente de liberdade que permita ao cuidador entrar em contato com as sensações, fantasias e emoções do outro e também com aquelas mobilizadas em si pelo paciente ou pelo aluno”, permitindo a compreensão de importantes informações que dizem respeito ao que ocorre com eles em uma consulta ou em um ambiente de ensino. Por esta idéia, cabe entender que o profissional ao cuidar estabelece um vínculo de confiabilidade e respeito ao sentimento do ser cuidado.

Exemplificando, Giordani (2008) apresenta que a arte de assistir própria das ações de enfermagem constitui na compreensão da sua experiência, na expressão de seus sentimentos e no permitir que o outro estabeleça esta relação. Para a autora, diante desta concepção e de entender que *o cuidar* está na dimensão da pessoa em sua totalidade, no respeito à integralidade do ser, define cuidar compartilhando da mesma forma de entendimento que foi apresentada por Waldow:

Cuidar, portanto vai muito além de simplesmente estar por perto de quem necessita de ajuda. É mais que assistir quem precisa de socorro ou atenção. É, verdadeiramente, interessar-se pelo outro, preocupar-se com ele, afeiçoar-se por ele, protegê-lo, responsabilizar-se pelo seu bem-estar, manter-se atento às suas necessidades, gostar de gente, enfim. Para tanto é preciso imaginar, pensar, meditar, inquietar-se, empregar a atenção e o conhecimento lembrando sempre que a Enfermagem só existe quanto existe cuidado, e que, historicamente, esse é o seu papel. (GIORDANI, 2008, p. 24).

Ao complementar a visão de Volich (2000) em sua forma de ver o cuidar, se percebe o importante significado do entendimento da formação do profissional enquanto terapeuta no cuidar.

O *cuidar* pressupõe, portanto, colocar-se ao lado do sujeito, inclinar-se diante de sua dor. Mesmo sem perceber, o educador tem de se haver com o desamparo da criança e do discípulo, com seu medo diante do desconhecido. Por sua vez, o terapeuta é confrontado com o desamparo do paciente, com sua angústia diante da invalidez ou da morte, sendo também convocado a educá-lo, conduzi-lo por um caminho que se este não foi capaz de percorrer sozinho, ou para o qual não contou com a ajuda de alguém que pudesse indicar sua existência ou acompanhá-lo. (VOLICH, 2000, p. 244).

Verificar que na trajetória histórica da enfermagem, os estudos e caminhos norteadores da profissão, tiveram suas bases nas necessidades individuais do ser humano, enriquece as questões e discussões sobre a metodologia de trabalho adotada pelo enfermeiro. Partindo desta reflexão podemos aprofundar este estudo para entender a relação do cuidar com a autonomia e vulnerabilidade nesta prática e diante da Lei do Exercício Profissional.

### **1.3.3 O Processo de Enfermagem**

Na década de 50 nos Estados Unidos da América o termo Processo de Enfermagem foi apresentado, sendo considerado como a base para fornecer cuidados de enfermagem eficazes. Gradativamente foi sendo incorporado nos currículos de enfermagem e na prática de enfermagem em vários estados norte-americanos, sendo considerado de fundamental importância para as ações de enfermagem por se tratar “de um método eficiente de organização de processos de pensamento para a tomada de decisões clínicas e soluções de problemas.” (DOENGES; MOORHOUSE; 1999, p. 15)

Em Tannure e Gonçalves (2008) encontramos a referência que uma publicação de Ida Orlando, de 1961, apresentou o Processo de Enfermagem como uma proposta que tem por objetivo melhorar a qualidade da assistência através do relacionamento interpessoal entre o enfermeiro e o paciente.

Gaidzinski et al. (2008) explica que o movimento de participação do Brasil teve início com os trabalhos de Wanda de Aguiar Horta no final da

década de 1960, que deram uma direção para os enfermeiros no sentido da sistematização das ações de enfermagem.

Precursora do Processo de Enfermagem no Brasil, Horta (1979, p. 35) definiu: “O Processo de Enfermagem é a dinâmica das ações inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos.”

Horta (1979) propôs seis passos ou fases do processo: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem; formando uma representação gráfica em forma de um hexágono, tendo ao centro o indivíduo, a família e a comunidade, e as faces possuindo vetores bi-orientados.

Tannure e Gonçalves (2008) enfatizam que as enfermeiras no Brasil, utilizam o Processo de Enfermagem como um método que possibilita sistematizar a assistência de enfermagem em várias áreas no atendimento à saúde.

Para Cianciarullo et al. (2001) a Sistematização da Assistência de Enfermagem (**SAE**) representa o instrumento de trabalho do Enfermeiro com objetivo de identificação das necessidades do paciente e proposta ao seu atendimento e cuidado, direcionando a Equipe de Enfermagem nas ações a serem realizadas. Trata-se de um processo dinâmico e que requer na prática conhecimento técnico-científico.

Kletemberg; Siqueira; Mantovani (2006, p. 484) em pesquisa de natureza histórica sobre processo de enfermagem observaram os vários termos que representam o mesmo significado como: “planejamento de cuidados, plano assistencial e planos de cuidados; anotações e registros; sistematização da assistência, processo de enfermagem e metodologia da assistência”.

Fuly; Leite; Lima (2008, p. 884) ao pesquisarem Correntes de pensamento nacionais sobre a sistematização da assistência de enfermagem identificaram três correntes. A primeira traz que Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE) e Processo de Enfermagem (PE) são tratados como termos distintos. Uma segunda corrente identifica Metodologia da Assistência e Processo de Enfermagem são tratados como “equivalentes” e a última corrente trata os três termos como “sinônimos”.

O termo Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) foi utilizado na Decisão COREN – SP/DIR/008/1999 que normatiza a Resolução COFEN 272/2002 de 27 de agosto de 2002 que trata da implementação da sistematização da assistência de enfermagem. (COREN-SP, 2008)

Os enfermeiros encontram-se diante de momentos em sua rotina diária, onde as atividades planejadas são absorvidas por situações imprevistas e novas tarefas a serem cumpridas. O enfermeiro vê-se diante do desafio do fazer a rotina ou estabelecer prioridades na administração de sua unidade, chegando ao término de sua jornada de trabalho com procedimentos que deveriam ser executados e terão de depender da continuidade do plantão.

Cabe ao enfermeiro atuar desenvolvendo as habilidades da profissão enquanto ciência. Quando o enfermeiro planeja o cuidado, individualiza a assistência e as necessidades do paciente como um todo proporciona um resultado mais objetivo que envolve não somente o paciente, mas a família e a comunidade.

Cianciarullo et al. (2000) pontua que para o desenvolvimento de seu trabalho, o enfermeiro se utiliza dos instrumentos básicos. Na enfermagem o termo instrumento básico corresponde ao conjunto de conhecimentos e habilidades fundamentais para o exercício profissional.

Kawamoto e Fortes (1996) apresentaram os instrumentos básicos mais utilizados pela enfermagem: observação, resolução de problemas, aplicação dos princípios científicos, planejamento, avaliação, criatividade, destreza manual, comunicação e trabalho de equipe.

O uso competente dos instrumentos básicos permite ao enfermeiro trabalhar “vinculado à qualidade das ações profissionais” que executa.

A autora descreve que:

Os profissionais de enfermagem criam e utilizam conhecimentos sistematizados direcionados para a solução de problemas de saúde de indivíduos ou grupos, e os instrumentos básicos de enfermagem constituem parte desse conhecimento sistematizado, ensinado e aplicado na prática com responsabilidade e compromisso, constituindo uma parcela da profissionalização da enfermeira. (CIANCIARULLO et al., 2000, p. 2)

Alfaro-Lefreve (2000, p. 39) trazem que o processo de enfermagem requer do enfermeiro conhecimentos, habilidades e cuidados que em conjunto representam a “força matriz” de um atendimento de qualidade.

O trabalho planejado encontra na aplicação do Processo de Enfermagem o suporte para suas ações. O processo de Enfermagem corresponde ao ponto de apoio para que os Enfermeiros tenham no resultado da assistência de enfermagem, a valorização no trabalho executado.

Potter e Perry (2004) enfatizam que é através de elevados níveis de educação que os enfermeiros alcançam autonomia. Associados a competência clínica e a diversidade de ambiente para atuação, os enfermeiros assumem papéis independentes nos diversos serviços. Descrevem:

Com maior autonomia há maior responsabilidade e novos encargos. A responsabilidade significa que a enfermeira é responsável do ponto de vista profissional e legal, pelo tipo e a qualidade do cuidado de enfermagem fornecido. Ela precisa manter-se atualizada sobre as competências técnicas e conhecimentos necessários para realizar o cuidado de enfermagem. A própria profissão de enfermagem regula a responsabilidade através das auditorias e padrões de prática de enfermagem. (POTTER; PERRY, 2004, p. 322).

Para Waldow (2008, p. 90) competências são “qualidades necessárias ao desenvolvimento das atividades de enfermagem” e apresenta além do conhecimento e habilidades, criatividade, sensibilidade, pensamento crítico, julgamentos e capacidade de tomada de decisão.

Conforme Alves, Souza e Werneck (2002, p. 15) o Processo de Enfermagem possui grande importância na prática de Enfermagem, sendo “desenvolvido como um método específico de aplicação para uma abordagem científica e/ ou de solução de problemas profissionais cotidianos, elaborado para subsidiar a implementação do cuidado.” Torna-se importante na prática profissional por tratar problemas específicos de Enfermagem no cuidar do paciente. Permite que seja avaliada a qualidade dos cuidados prestados e a garantia da prestação de contas e a responsabilidade para com o paciente.

Em George et al. (2000) encontramos que a importância da implantação do Processo de Enfermagem por proporcionar um cuidado de enfermagem ordenado e direcionado, servindo como um instrumento de decisão com metodologia, auxiliando o enfermeiro na tomada de decisões.

O Processo de Enfermagem corresponde a um conjunto de etapas na assistência ao paciente, atingindo o objetivo de individualizar o cuidado, resultando em sua aplicação a interação enfermeiro- paciente- família permitindo a participação do paciente na tomada de decisões sobre a assistência.

Identificada a necessidade de um modelo planejado de assistência, o Enfermeiro encontrou no Processo de Enfermagem a aplicação da fundamentação para o desenvolvimento do seu trabalho.

Para Carpenito (2002) o Processo de Enfermagem permite ao enfermeiro definir o diagnóstico e o tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde e às situações de vida vigentes ou potenciais. O formato de investigação utilizado pela Enfermeira deve ser capaz de dirigir a coleta de dados sobre as respostas humanas, desde as condições da pele e da função urinária até a saúde espiritual e a capacidade de auto-cuidado.

Para Alfaro-Lefevre (2000), a assistência de enfermagem planejada permite humanizar e atender ao consumidor de saúde com eficiência. Ao descrever sua definição pontua os resultados para o paciente, família e comunidade e sua importância para a humanização da assistência:

O processo de enfermagem é um método sistemático de prestação de cuidados humanizados, que enfoca a obtenção de resultados desejados de uma maneira rentável. É sistemático por consistir de cinco passos – Investigação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação – durante os quais são dados os passos deliberados para maximizar a eficiência e atingir resultados benéficos a longo prazo. É humanizado por basear-se na crença de que à medida que planejamos e proporcionamos cuidados, devemos considerar exclusivamente os interesses, os ideais e os desejos do consumidor do atendimento de saúde (a pessoa, a família, a comunidade). (ALFARO-LEFREVE, 2000, p. 29)

A implementação nos serviços de atendimento à saúde do processo de Enfermagem está regulamentada em Lei através da Resolução COFEN 272/2002 de 27 de agosto de 2002. Destacamos na Resolução:

- A Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção,

prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade;

- a institucionalização da SAE como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro;

**Artigo 2º** - A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada.

**Artigo 3º** - A Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário. (COREN-SP, 2008)

As etapas do processo de enfermagem propostas pelo COFEN compreendem:

**a) Histórico de Enfermagem:** Tem por objetivo o levantamento de dados, utilizando entrevista e exame físico, permitindo a identificação das necessidades básicas afetadas do paciente.

**b) Diagnóstico de Enfermagem:** Os diagnósticos de Enfermagem são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família e da comunidade aos problemas de saúde/processos de vida vigentes ou potenciais. Os diagnósticos de Enfermagem proporcionam a base para a escolha de intervenções de Enfermagem que visam à obtenção de resultados pelos qual a Enfermeira é responsável.

**c) Prescrição de Enfermagem:** Corresponde a uma etapa de decisão sobre as medidas e condutas a serem aplicadas na assistência de Enfermagem, de forma individualizada, diante dos problemas identificados com o objetivo de promover qualidade no cuidado prestado ao paciente.

**d) Evolução de Enfermagem:** Representa uma avaliação do estado geral do paciente, no período de vinte e quatro horas, para rever conduta e identificar novos problemas.

As etapas do Processo de Enfermagem visam conhecer o paciente para que sua assistência seja planejada. Os dados levantados devem fornecer elementos precisos focalizados na Enfermagem.

A aplicabilidade do Processo de Enfermagem requer do enfermeiro o conhecimento científico, evidenciando que o estudo e a atualização através de cursos, livros e revistas são de extrema importância e devem fazer parte do interesse do profissional. (CIANCIARULLO et al., 2001)

Acreditamos que ao aplicar o Processo de Enfermagem, o enfermeiro encontre um estímulo para atingir este objetivo. Atuar com limites nas suas atividades diárias e estabelecer prioridades específicas e voltadas para realizar todas as etapas do processo, representa um treino e um avanço para a profissão, pois cria o questionamento sobre resultado no cuidado ao paciente.

Thomaz e Guidardello (2002) acreditam que o planejamento da assistência fica prejudicado em virtude da inabilidade na realização da SAE, mas que a participação do Enfermeiro neste processo pode representar o sucesso e o reconhecimento da profissão na sociedade, pois visa à melhoria da qualidade da assistência. Em uma de suas conclusões pontuam que:

“[...] os enfermeiros focalizam os problemas da SAE, mas precisam ter a crença que essa é uma metodologia de trabalho que avalia e controla assistência, qualifica o pessoal, incorpora filosofia e objetivos assistenciais, analisa o papel do enfermeiro e proporciona organização na administração de recursos humanos e materiais.” (THOMAS; GUIDARDELLO, 2002, p. 32).

Potter e Perry (2004, p. 238) colocam que ao implementar o processo de enfermagem as enfermeiras o fazem como uma competência de forma a trabalhar o raciocínio crítico tanto geral como específico, focalizando as necessidades individuais do paciente. Enfatiza a necessidade da enfermeira “aprender a pensar e a prever, o que envolve olhar adiante e perguntar qual é o estado do cliente, como pode ser modificado e de que modo o conhecimento de enfermagem pode ser aplicado para melhorar a condição do cliente”.

Conforme apresentado, as várias etapas da SAE exigem conhecimento do enfermeiro em relação às teorias de enfermagem, ao exame físico, patologias e habilidade no raciocínio clínico. O paciente está para ser cuidado pela enfermagem recebendo uma assistência planejada. Cada etapa do processo é importante e possui as suas particularidades na execução.

Para Tannure e Gonçalves (2008) o Processo de Enfermagem permite a implantação da teoria de enfermagem na prática profissional, pois possibilita a utilização de um método científico para que os conceitos da teoria sejam aplicados. O Processo de Enfermagem representa a ferramenta que permite fornecer uma estrutura científica para a prática da enfermagem.

Paul e Reeves (2000, p. 21) definem que “o processo de enfermagem é uma atividade intelectual deliberada, na qual a prática é abordada de maneira ordenada e sistemática.” Na prática de enfermagem, tem por objetivo ser um “método específico para a aplicação da abordagem científica ou de resolução de problemas.”

Em sua pesquisa de campo Takahashi (2006), apresenta evidências em seu estudo, que mesmo tendo aprendido e executado as fases do processo em sua formação, incentivado nos programas da graduação, na prática as dificuldades são expressivas, retratando que quando saem da faculdade, há a insuficiência do preparo do enfermeiro para SAE.

Alguns desafios fazem parte da trajetória de construção da SAE nas instituições: o conhecimento, o número principalmente de enfermeiros, o envolvimento do enfermeiro no processo, a valorização por parte da administração da instituição, os indicadores de resultados da assistência; desafios estes que ultrapassados podem romper com a vulnerabilidade do enfermeiro para implementação do processo e conduzir para a autonomia profissional.

Conforme os referenciais apresentados para que a enfermagem atue com qualidade, necessita de um modelo de processo de trabalho que sistematize a assistência e direcione o cuidado, permitindo segurança do usuário do sistema de saúde e dos profissionais.

Ao mesmo tempo, realizar este processo requer do profissional base científica, conhecimento, habilidades e atitudes pautadas no compromisso ético, na responsabilidade e no assumir o cuidar do outro. Neste sentido, acreditamos que fazer uma reflexão sobre a autonomia e vulnerabilidade diante da Sistematização da Assistência de Enfermagem, contribuirá para enriquecer discussões sobre a atuação profissional da enfermagem.

## 1.4 Reflexão sobre Autonomia e Vulnerabilidade na Enfermagem sob a Ótica Bioética

### 1.4.1 A Bioética

No mundo do trabalho, o Código de Ética Profissional enuncia os fundamentos éticos e as condutas necessárias à boa e honesta prática profissional nas mais diversas áreas.

Cortina e Martinez (2005, p.19-20) apresentam que Ética procede do grego *ethos* e em sua origem significou “morada”, “lugar em que vivemos”, posteriormente “o caráter”, “o modo de ser” adquiridos por uma pessoa ou um grupo ao longo de sua vida; com significado praticamente idêntico “*moral*” do latim *mos, moris* que em sua origem significou “*caráter*”, “*modo de ser.*” As palavras idênticas em significado permitem os autores destacarem: “*tudo aquilo que se refere ao modo de ser ou caráter* adquirido como resultado de pôr em prática alguns costumes ou hábitos considerados bons.”

A área de saúde que sempre trabalhou e estudou a ética, vem conhecendo a bioética como uma nova disciplina e solidificando sua presença na área de saúde nas últimas décadas, notadamente nos anos 70, marcados pela interdisciplinaridade, globalização e temas teóricos presentes na afirmação e construção dos direitos humanos. Bioética, sem, no entanto substituir a ética profissional. (ZOBOLI, 2003; DURAND, 2003)

O termo Bioética nasceu em 1970, proposto pelo biólogo e oncologista americano Van Rensselaer Potter da Universidade de Wisconsin, Madison. Bioética (ética da vida) derivada das palavras gregas “*bios*” (vida) e representa o conhecimento biológico e *ethike* “ética” o conhecimento dos valores humanos. Potter publicou em janeiro de 1971 a obra *Bioethics*. Antes de Potter, Durand (2003) esclarece que entre os anos de 1955 – 1960 a reflexão ética dominou a pesquisa na área biomédica e da saúde. Pontua que as raízes da Bioética são antigas, mas que a evolução tecnológica e científica trouxe um campo de reflexão maior da ética. (DURAND, 2003, p. 21; BARCHIFONTAINE, 2004, p. 61)

Barchifontaine (2004, p. 61) pontua que para Potter esta disciplina tinha como objetivo auxiliar a humanidade “em direção a uma participação racional, mas cautelosa, no processo da evolução biológica e cultural, como uma nova

disciplina que combina conhecimento biológico com o conhecimento dos sistemas de valores humanos.” Complementa que como último objetivo o enriquecimento da vida individual é “prolongar a sobrevivência da espécie humana numa forma aceitável de sociedade.”

O termo bioética foi também empregado na mesma época por André Hellegers um pesquisador e obstetra holandês, fundador do *The Joseph and Rose Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*, instituto universitário dedicado aos estudos da bioética fundado em julho de 1971, em Washington, onde propõe uma das atenções da disciplina para a área biomédica, utilização da linguagem da filosofia e teológica Ocidental. (FERRER; ÁLVAREZ, 2005).

Ferrer e Álvarez (2005) apresentam também que outra publicação importante para a bioética foi a *Encyclopedia of Bioethics* que esteve sob a direção de Warren T. Reich em 1978.

Na segunda edição da Enciclopédia de Bioética, Reich conceituou bioética como “estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão moral, decisões, condutas e políticas – das ciências da vida e atenção à saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas em um cenário interdisciplinar.” (GOLDIM, 2008).

O livro *Princípios de ética biomédica*, escrito por Tom Beauchamp e James Childress e publicado em 1979, teve como base o “Relatório Belmont” de 1978. Este relatório foi produzido pela Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos na Pesquisa Biomédica e de Comportamento criada em 1974 nos EUA com objetivo de realizar a identificação de princípios éticos para fundamentar pesquisa. (GARRAFA; KOTTOW; SAADA, 2005).

O “Relatório Belmont” apresentou três princípios éticos descritos como o respeito pelas pessoas, o princípio da beneficência e da justiça. O trabalho desenvolvido por Beauchamp e Childress apresentou quatro princípios: beneficência, não - maleficência, autonomia e justiça. Diversos autores nos mais diversos países adotaram a bioética principialista. (GARRAFA; KOTTOW; SAADA, 2005; STEPKE; DRUMOND, 2007).

Os princípios são definidos:

*Beneficência* – fazer o bem se refere a uma ação a ser realizada em benefício do outro, favorecer a qualidade de vida, obrigação moral de agir em benefício do outro, cuidar da saúde.

*Não – maleficência* - não fazer o mal, não infligir dano intencional, não causar dano.

*Justiça* – princípio que propõe a obrigatoriedade da distribuição justa, eqüitativa e apropriada, no sentido daquilo que é devido às pessoas.

*Autonomia* - traduz como a capacidade da pessoa se autogovernar, a escolha individual, avaliar, privacidade, direitos de liberdade, ser responsável por seu próprio comportamento. (FERRER; ÁLVAREZ, 2005; BARCHIFONTAINE, 2004).

Ferrer e Álvarez (2005) comentam que Beauchamp e Childress utilizam o termo princípio de forma ampla onde incluem todas as normas morais e de forma restrita as normas mais amplas e gerais que fundamentam as específicas.

Ao apresentar paradigmas, Barchifontaine (2004, p. 23-24) esclarece tratar-se de “vertentes de análise teórica, de enfoque filosófico e de orientação prática para a compreensão e tomada de decisão na bioética.” Descreve o paradigma principialista que segue os princípios da bioética proposto por Beauchamp e Childress e outros paradigmas como o liberal, o casuístico, do cuidado, contratualista, da ética das virtudes, narrativo, do direito natural, antropológico ou perspectiva personalista humanizante, da responsabilidade, fenomenológico e hermenêutico todos apresentados ou descritos por seus estudiosos.

Apresentamos o paradigma do cuidado, tema discutido neste trabalho. Foi definido por Gilligan: “o cuidado é a força motriz da sociedade, da sobrevivência, evidenciado no papel, o de nutridora, que tradicionalmente coube às mulheres, no sentido de cuidar, nutrir.” (BARCHIFONTAINE, 2004, p. 64).

Hossne (2006, p. 674) apresenta que a teoria dos princípios se baseia em princípios consagrados no decorrer da história. Cita como exemplo que o termo autonomia; “(vale dizer, autodeterminação)”, desde os séculos XVII e XVIII foi representativo na sociedade do ocidente e incorporado aos Códigos de Ética refletindo nos direitos do paciente. Reforça a importância da teoria dos princípios no campo da ética Biomédica não sendo suficiente para atender a todas as questões postuladas na Bioética; ao mesmo tempo, que não permite compensação no “mecanismo de associação ou negação da problemática dos princípios”, citando como exemplo a tentativa de ser equacionada a questão da

vulnerabilidade “apenas com o princípio da justiça e ou da autonomia (associação) ou excluir a questão da dignidade (coisa não contemplada) em nome de ser “conceito inútil” frente ao princípio da autonomia.”

Em sua proposta Hossne (2006, p. 675) apresenta a teoria dos referenciais que “englobam, coisas além de direitos e deveres e que devem ser, também, pontos de referência para a elaboração da reflexão bioética.” Os referenciais atuam de forma livre permitindo uma interação que a questão bioética requer, de forma inter e transdisciplinar associada ao conhecimento das ciências biológicas, humanas, sociais e exatas.

Os princípios de autonomia, não-maleficência e justiça se somariam aos referenciais de dignidade, solidariedade, fraternidade, confidencialidade, privacidade, vulnerabilidade, responsabilidade, sobrevivência, qualidade de vida, constituindo a “ótica e a métrica da teoria dos referenciais.” (HOSSNE, 2006, p. 675).

#### **1.4.2 A Bioética na Enfermagem**

Durand (2003) apresenta que a bioética foi precedida de correntes de reflexão que a prepararam e a influenciaram: a ética médica e de enfermagem; a ética filosófica; a ética teológica.

Oguisso e Schmidt (2007) destacam que no contexto “histórico-ético-legal da profissão” bioética faz parte da formação do enfermeiro, assim como a legislação do exercício profissional, do ensino e projetos de lei. (OGUISSO & SCHMIDT, 2007, p. 80)

Consideramos importante citar esse caminhar histórico para fundamentar a importância de uma discussão Bioética na enfermagem.

Em suas pontuações sobre a ética de enfermagem Durand (2003, p. 23), destaca o juramento escrito em 1893 e usado por formandas da Farrand Training School, cujo conteúdo trazia: “1. o compromisso de se dedicar ao bem-estar do doente, de não lhe fazer mal, de respeitar sua privacidade; 2. o compromisso de proteger o padrão da profissão e de ajudar o médico em sua tarefa.”

O autor observa que no decorrer evolutivo da profissão o conteúdo foi modificado, mas a essência e base da ética e deontologia de enfermagem permanecem. O autor aponta “no que diz respeito ao conjunto, afora certas

obras notáveis, a reflexão e a publicação em ética médica e de enfermagem são, sobretudo de teólogos ou ao menos conduzidas segundo uma perspectiva estreitamente associada a uma religião.” (DURAND, 2003, p. 24)

Independente do juramento, que representa o momento em que o formando assume compromisso com a profissão; o Código de Ética representa os princípios que a norteiam, estabelecendo um compromisso ético, moral que através da boa conduta se compromete com a sociedade.

Na enfermagem, o Código de Deontologia de 1975, reformulado pelo Conselho Federal de Enfermagem para Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) contempla deveres e direitos. Dentre seus princípios fundamentais está: “compromisso com a saúde do ser humano e coletividade; respeito à vida, à dignidade e aos direitos da pessoa humana; justiça, competência, responsabilidade e honestidade; promoção, proteção e recuperação da saúde, reabilitação das pessoas. Autonomia.” (OGUISSO & SCHMIDT, 2007, p. 79).

Diante das responsabilidades profissionais de enfermagem, consideramos oportuno destacar alguns aspectos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) no Brasil, permitindo incluir as discussões que envolvem o agir em enfermagem e sua legalidade.

Revogada a Resolução COFEN nº 240/2000, a Resolução COFEN Nº 311/2007 aprovou a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem para ser aplicado na jurisdição de todos os Conselhos entrando em vigor a partir de 12 de maio de 2007. No seu Preâmbulo o CEPE apresenta a dimensão da formação e compromisso social da profissão, em destaque:

A Enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência.

Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida.

O aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional configurado pela responsabilidade no plano das relações de trabalho com reflexos no campo científico e político. (COREN-SP, 2008)

A responsabilidade profissional está no comportamento ético construído pela consciência individual e coletiva. Entendo como uma dimensão que caminha em um campo de discussão Bioética cuja disciplina como mencionado, discute questões de princípios da vida e da moral.

Sendo a enfermagem composta por profissionais de formação de nível superior e formação técnica, todos tiveram um curso reconhecido, um certificado e receberam autorização para o exercício profissional. A responsabilidade ético - legal é de cada profissional. Convém destacar Oguisso e Schmidt (2007, p. 57) que apresentam “na responsabilidade civil não se discute a maior ou menor capacidade profissional, mas tão – somente a garantia contra a imprudência, a negligência e a ignorância das coisas que se deviam necessariamente saber e praticar em sua profissão.”

A importância neste destaque está nas questões que envolvem o fazer na enfermagem e na Lei do exercício Profissional que estabelece as atividades privativas do enfermeiro. As autoras, em sua conclusão após discutirem a responsabilidade dos profissionais da saúde independente da formação, dizem: “o enfermeiro, querendo ou não, terá que assumir sua parte na responsabilidade da assistência ao cliente/paciente.” (OGUISSO & SCHMIDT, 2007, p. 57).

Consideramos ainda de extrema importância destacar as observações sobre o desenvolvimento profissional do enfermeiro, pois participa de um processo de trabalho que requer envolvimento, conhecimento técnico - científico e atualização. Exercer a profissão sem estas prerrogativas é colocar em risco o seu Ser-enfermeiro. Destaco este olhar que trazem Oguisso e Schmidt (2007, p. 57).

Assim, além da atualização permanente de conhecimentos técnicos, o enfermeiro necessita também estudar os aspectos legais do seu próprio exercício profissional, a fim de não incorrer ou ser envolvido em problemas de responsabilidade civil ou criminal, que poderá exigir reparação pecuniária, impor uma suspensão ou até a cassação do exercício profissional, assim com a pena de restrição da liberdade.

Valorizar o conhecimento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, e permitir uma reflexão à luz da Bioética, perante a Lei do Exercício Profissional, tendo no Processo de Enfermagem uma base para suas

ações e práxis profissional, representa um desafio para a atuação dos enfermeiros.

Acreditamos que discutir autonomia e vulnerabilidade contribuirá para as reflexões propostas no presente estudo.

### 1.4.3 Autonomia

“Autonomia” é uma palavra originária da cultura grega formada pelo adjetivo pronominal *autos* - que significa o mesmo, ele mesmo e por si mesmo e *nomos* – que significa compartilhamento, lei do compartilhar, instituição, lei, convenção. Autonomia significa a competência humana em "dar-se suas próprias leis", estabelecendo normas e regras de condutas entre as pessoas. (SEGRE; SILVA; SCHRAMM, 1998, p. 18).

Para Fortes (1998, p. 37) “autonomia significa autodeterminação, autogoverno, o poder da pessoa humana de tomar decisões, que afetem sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica, sua relações sociais.” Ao mesmo tempo, está relacionada à subjetividade de cada pessoa e ao ato de optar e agir com liberdade.

O autor descreve que autonomia refere-se:

[...] à capacidade do ser humano de decidir o que é “bom”, o que é seu “bem-estar”, de acordo com valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças próprias. A pessoa autônoma é aquela que tem *liberdade de pensamento*, livre de coações internas ou externas, para escolher entre as alternativas que lhe são apresentadas (*liberdade de decidir, de optar*). Para que exista uma ação autônoma é necessária a existência de alternativas de ação, pois se existe apenas uma alternativa de ação, um único caminho a ser seguido, uma única forma de algo ser realizado, não há exercício de autonomia. (FORTES, 1998, p. 37)

Para Waldow e Borges (2008) autonomia não possui uma direcionalidade ao contrário de liberdade que está direcionada para o bem, portanto diferem entre si e também do livre-arbítrio, que permite ao ser humano utilizar sua capacidade de escolha. Os autores complementam que a capacidade de escolha pode não refletir a autonomia do indivíduo, podendo estar totalmente determinada ou condicionada por elementos externos da própria subjetividade. Para os autores a autonomia ocorre quando o sujeito

está livre de sofrer coação e capacitado para entender as alternativas que se apresentam por elas mesmas. Na autonomia ocorre um desejo e a tomada de decisão é resultado de uma reflexão.

Conforme apresenta Ferrer e Álvarez (2005, p. 123) a origem do conceito de autonomia vem da teoria política, estendendo-se depois para as pessoas enquanto indivíduos. “A autonomia pessoal refere-se à capacidade que têm as pessoas para se autodeterminar, livres tanto de influências externas que as controlem, como de limitações pessoais que as impeçam de fazer uma genuína opção, como poderia sê-lo a compreensão inadequada do objeto ou das circunstâncias da escolha.”

Para Kipper, Oselka e Ayer (2007, p. 120) “a autonomia refere-se à capacidade que a pessoa possui para decidir sobre aquilo que ela julga ser o melhor para si.” Apresentam que uma pessoa para ser considerada autônoma deve possuir capacidade de compreensão, análise lógica de uma determinada situação que seria a racionalidade, assim como ter habilidade para deliberar, fazer a escolha quando diante de várias hipóteses e decidir com intenção sobre alternativas. A liberdade de tomar decisão, a voluntariedade, representa uma segunda condição para a pessoa ser considerada autônoma. Complementam: “Baseia-se na dignidade da pessoa humana e, em conseqüência, há um dever moral de tratar as pessoas como um fim em si mesmas e nunca utilizá-las apenas como um meio para atingir determinado objetivo.” (KIPPER; OSELKA; AYER, 2007, p. 120).

Na prática dos profissionais de saúde a autonomia deve ser considerada e possui importância tanto para o paciente quanto para o exercício dos profissionais. Albuquerque e Bushatsky (2005) chamam a atenção que o princípio da autonomia deve fazer parte da relação entre os profissionais de saúde e os pacientes. Uma relação de harmonia envolvendo família, onde cada um ocupa seu espaço em uma interação entre sentir, pensar e agir que contribuem para uma reflexão e o exercer a autonomia.

Alguns trabalhos tratam da autonomia do paciente, trazendo para os profissionais de saúde a responsabilidade em ser garantida. Dessa forma quando Selli (1998, p. 119) apresenta que “o princípio ético da autonomia preconiza que, quando o indivíduo tem condições de pensar, decidir e agir de modo livre e independente, lhe é direito participar e consentir sobre as decisões

que dizem respeito à sua pessoa”, transpor para a atuação dos profissionais de enfermagem, dá significado ao seu modo de fazer a enfermagem.

Ao mesmo tempo, realizar a SAE pode ser um caminho para a autonomia do enfermeiro como para o paciente que terá sua assistência planejada. Selli (1998) interpreta que o respeito à autonomia do paciente requer, diante o conceito de Beauchamp e Childress:

[...] no mínimo, reconhecer que os direitos pessoais são baseados em valores e crenças pessoais. Tal respeito envolve ações respeitadas, não meramente uma atitude respeitosa. Também requer mais do que obrigação em não interferir nas decisões do paciente. Porque esse respeito pela autonomia é acompanhado pelas condições de exercer a autonomia. Respeito, nessa linha reflexiva, envolve tratar pessoas para capacitá-las a agir autonomamente, ao passo que o desrespeito pela autonomia envolve atitudes e ações que ignoram decisões autônomas e autênticas. (SELLI, 1998, p. 119)

A atuação profissional do enfermeiro com autonomia pode significar para o paciente o respeito a sua individualidade e aos seus direitos, uma vez que identifica as necessidades, prioriza o cuidado e direciona a assistência através do planejamento, estabelece metas e avalia os resultados daquela pessoa. Desta forma atende a dignidade do ser humano.

Para o enfermeiro cuja conquista da profissão como formação superior seguiu uma trajetória histórica, pautada no trabalho e na ciência de enfermagem, buscando outros saberes em outras áreas, atuando com determinação pautada em competências através do conhecimento, habilidades e atitudes permite aprofundar a discussão de sua autonomia profissional respeitando a autonomia do paciente.

Alonso (2006, p. 202-203) ao colocar que “Hoje, ninguém colocaria em dúvida que a enfermagem é uma profissão”, traçando na trajetória histórica a questão da falta de um corpo de conhecimentos próprios com dependência do que a medicina “relegava a enfermagem.” No entanto, no decorrer dos anos o movimento da medicina no avanço técnico distanciou o médico do doente, ao mesmo tempo em que a enfermagem pela técnica se profissionalizou, justificando a entrada na universidade. Escreve: “Os médicos, foi dito em um primeiro momento, tinham a ciência; os profissionais de enfermagem aspiravam ser algo (...)”, no entanto, de forma progressiva, “(...) os enfermeiros

e as enfermeiras foram assumindo maior protagonismo na direção e no ensino nas escolas de enfermagem, onde hoje os médicos têm o papel de colaboradores.”

Neste sentido, considero interessante apontar a reflexão de Guilhem e Sampaio (2007) ao discutirem a trajetória histórica da enfermagem até os dias atuais. As autoras descrevem o caminhar da profissão e o futuro possível pautado no conhecimento e nas competências

A ampliação da área de atuação das enfermeiras tem gerado polêmica entre essas profissionais e os médicos, visto que as enfermeiras clamam pelo reconhecimento e valorização profissional, enquanto os médicos sentem que os seus domínios estão sendo ameaçados. Os médicos acreditam que prescrever e diagnosticar são atributos exclusivos de sua categoria. Já os profissionais de enfermagem acreditam não haver limites que não possam ser transpostos pela aquisição de novas competências, desde que haja preparo técnico e científico para tanto. (GUILHEM; SAMPAIO, 2007, p. 41)

As autoras acreditam que esta nova trajetória faz parte de um processo de mudança advinda da nova postura dos profissionais enfermeiros, na tentativa de modificar a ordem de submissão onde a tomada de decisão no atendimento à saúde dominada pelo poder do médico. (GUILHEM; SAMPAIO, 2007)

Retornando às opiniões de Alonso (2006, p. 203) que aponta que para a enfermagem obter a plena profissionalização deverá vencer a dificuldade da subordinação a área médica. Contextualiza sua idéia ao descrever: “Para alcançar plena autonomia e autocontrole sobre a própria profissão se busca uma clara delimitação das competências que cabe a uns e a outros.” Cita com exemplo o trabalho do médico ao diagnosticar, determinar, supervisionar o tratamento do doente, e a “enfermeira cuida do doente.”

O autor comenta que o ato médico está centrado na técnica e se voltando para a análise dos resultados dos exames distanciando-o do doente, enquanto que:

(...) as enfermeiras seguem de perto os processos dos enfermos, dia a dia, noite a noite. A gerontologia e os cuidados paliativos podem ser uma oportunidade para que a enfermagem consolide sua autonomia e sua liderança, inclusive diante da profissão médica. A integração informal em equipes de trabalho facilita a colaboração entre seus membros;

nessas equipes, as lideranças, que continuam a existir, funcionam sem necessidade de explicitar formalmente quem deve subordinar-se a quem. (ALONSO, 2006, p. 203)

Neste sentido, é importante pontuar que a evolução da profissão permitiu com que a Classificação Brasileira de Ocupações a descrição dos enfermeiros está mais avançada do que na internacional e “retrata o potencial desses profissionais quando capacitados em formação universitária e que podem trabalhar lado a lado, em equipe com os demais profissionais de saúde.” (OGUISSO & SCHMIDT, 2007, p. 21).

Desta forma, os questionamentos sobre a autonomia do enfermeiro frente à implementação do processo de enfermagem devem ser considerados importantes e explorados no âmbito da prática e nos seus resultados.

#### **1.4.4 Vulnerabilidade**

O termo vulnerabilidade tem sido empregado nos últimos anos na bioética, sendo declarado o “respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual” um princípio ético pela UNESCO na Declaração Universal de Bioética e Direitos do Homem aprovado em Outubro de 2005. (NEVES, 2006, p. 167)

Os acontecimentos históricos nos experimentos que envolveram seres humanos trouxeram a questão da vulnerabilidade com significado ético. As discussões sobre a vulnerabilidade, remetem à análise das obrigações expressas por um princípio. É interrogado ser reconhecida como um princípio bioético e coloca em questão implicações na prática. Neves (2006, p. 169) aponta que em breve este princípio estará intervindo “de forma pertinente e indispensável para a salvaguarda da dignidade humana em situações de fragilidade” nos três níveis de desenvolvimento da bioética: na experimentação humana; na prática clínica e nas políticas de saúde e de investigação biomédica.

Zancanaro (2007, p. 47) interroga se deve ser uma preocupação ou deliberação da bioética sobre problemas persistentes “como os direitos humanos, a vulnerabilidade relacionada aos problemas sociais, a justiça social, a equidade e o direito à cidadania.” Apresenta que enquanto um princípio de

extrema importância, a equidade independente de trazer o justo, deve dar proteção ao indivíduo vulnerável de acordo com o que necessita.

De origem latina a palavra vulnerabilidade, que derivou de *vulnus (eris)* cujo significado é *ferida*, sendo definida como “susceptibilidade de ser ferido.” O termo foi introduzido na bioética no Relatório Belmont ao se referir a indivíduos ou populações voluntários à investigação biomédica ou na experimentação humana, que devido exposição ao agravo podem ser prejudicadas ou “feridas” em seus interesses em detrimento ao interesses de outrem. (NEVES, 2006, p. 159)

Stepke e Drumond (2007, p. 143) trazem a questão da *vulnerabilidade social* produto de interações sociais e que “procedem de um processo de rotulação, explícito ou implícito.” O racismo, a história de perseguição aos judeus, o homossexualismo e a AIDS retratam o que chamam de discriminação negativa e estigma. Os autores definem neste contexto discriminação como “imposição de limites diferentes ao acesso ou ao gozo de certos bens sociais.”

Zoboli e Fracolli (2007) apresentam que na enfermagem brasileira tem sido utilizado o conceito de vulnerabilidade na dimensão individual, programática e social.

A vulnerabilidade individual está relacionada à ação individual de prevenção frente a uma situação de risco (relacionados a características pessoais, ao desenvolvimento emocional, atitudes pessoais, auto-proteção); Vulnerabilidade programática relacionadas a políticas públicas, metas e ações propostas para DST/aids por exemplo; e a vulnerabilidade social que trata da “estrutura econômica, às políticas públicas, em especial de educação e saúde, à cultura, à ideologia e às relações de gênero que definem a vulnerabilidade individual e programática.” Estas dimensões se relacionam entre si e requerem “intervenções específicas dos profissionais de saúde.” (ZOBOLLI; FRACOLLI, 2007, p. 144)

Para as autoras o conceito de vulnerabilidade na enfermagem está sendo utilizado para discutir a “finalidade do trabalho na enfermagem.” Na literatura internacional a enfermagem entende vulnerabilidade “como uma concepção que engloba a identificação de indivíduos e grupos vulneráveis, mas não discute os determinantes sociais de sua produção.” Sugerem que a enfermagem deverá aprofundar seus estudos sobre o tema buscando modelos teóricos em outras áreas do conhecimento com objetivo de “construir e ampliar

sua forma de abordar e intervir sobre a vulnerabilidade.” (ZOBOLLI; FRACOLLI, 2007, p. 145).

Stepke e Drumond (2007) ao introduzir *risco* ou *probabilidade de dano* na vulnerabilidade, comentam que o alto risco pode acontecer em duas circunstâncias diferentes: um grande dano e baixa probabilidade ou dano menor e muito freqüente e dependem, por exemplo, de perícia e experiência técnica das pessoas que intervêm ou mesmo de situações que aumentam a probabilidade de ocorrer o dano.

Para os autores a vulnerabilidade tem sua importância por constituir “um fator que multiplica o risco” e por suas conseqüências, colocando as questões do preconceito como mais fácil, a discriminação como menos censurável e o estigma como mais relevante. “Porque impede às pessoas exercer seus direitos de defesa e de permissão para dispor de seus corpos e mentes. Porque condena algumas pessoas ao acesso restrito a bens e benefícios.” (STEPKE; DRUMOND, 2007, p. 146).

Os autores ainda colocam que não se escolhe na condição de vulnerabilidade o lado negativo, exceto nas situações de obtenção de privilégios e ou dividendos. Descrevem:

Vulneráveis são aqueles incapazes de decidir por si mesmos o que convém a seus interesses, quer seja por império de suas próprias deficiências, da autoridade que sobre eles se exerce ou da prisão que significam o preconceito e a discriminação. Vulnerabilidade equivale a perda da autonomia e entrega à circunstância ou à vontade alheia. (STEPKE; DRUMOND, 2007, p. 147)

Realizar uma reflexão sobre vulnerabilidade requer um olhar para o termo Dignidade Humana, que para Barchifontaine (2007, p. 78) é o reconhecimento de um valor, por ser um princípio moral com fins ao ser humano e baseado em sua natureza (que inclui manifestações de racionalidade, de liberdade) e não a ser utilizado como meio. Em sua visão no desenvolvimento do ser humano a busca pela auto-realização requer por parte do outro “reconhecimento, respeito, liberdade de ação e não instrumentalização da pessoa.”

Trazer a discussão sobre dignidade humana permite uma reflexão sobre o papel do cuidar do outro. Barchifontaine (2007) complementa a idéia, trazendo a auto-realização pessoal associada a solidariedade e respeito ao outro:

[...] Essa auto-realização pessoal, que seria o objeto e a razão da dignidade, só é possível por meio da solidariedade ontológica com todos os membros da nossa espécie. Tudo o que somos é devido a outros que se debruçaram sobre nós e nos transmitiram uma língua, uma cultura, uma série de tradições e princípios. Uma vez que fomos constituídos por esta solidariedade ontológica da raça humana e estamos inevitavelmente mergulhados nela, realizamo-nos a nós próprios por meio da relação e ajuda ao outro. Não respiraríamos a dignidade dos outros se não a respeitássemos no outro. (BARCHIFONTAINE, 2007, p. 78)

A Dignidade Humana como alicerce para a realização pessoal e sua sintonia com a solidariedade, permite um questionar sobre o cuidar humano. Neste sentido, remeter ao tema cuidar, é inserir uma questão que para a enfermagem representa o seu propósito de trabalho: “Cuidar se expressa pela relação com o outro dentro do mundo. Existencialmente falando, significa “zelar”; é o desvelar do outro, orientado pela consideração e paciência. O cuidar põe em evidência o ser livre. O ser humano sem “cuidado” não pode ser livre.” (WALDOW, 2008, p. 89).

Zoboli e Fracolli (2007) ao discutirem bioética e vulnerabilidade inserem a atuação do enfermeiro de saúde coletiva, cujo processo de comunicação deverá ser capaz de fornecer com qualidade e quantidade informações para que os sujeitos sejam compreendidos respeitando sua cultura, educação e outras particularidades. Neste sentido o trecho destacado aponta o cuidar e a virtude para um compromisso com a responsabilidade com o outro.

[...] uma prática de enfermagem com base nos princípios da bioética e da vulnerabilidade e enriquecida com os enfoques do cuidado e das virtudes poderá privilegiar a identificação da vulnerabilidade os indivíduos e grupos, em seu sentido mais amplo e polissêmico, para a partir daí desenvolver e, constantemente, aprimorar relações de cuidado baseadas no vínculo, na solicitude e na emancipação dos sujeitos e grupos, por meio do reconhecimento e desenvolvimento das habilidades para conseguir essa emancipação. (ZOBOLI; FRACOLLI, 2007, p. 154).

Ampliam o pensar enfermagem ao serem inseridas virtudes como apoio na identificação dos sujeitos vulneráveis. Apresentam que se a enfermagem adotar o princípio de vulnerabilidade em sua prática, será como reconhecer também que como profissionais são vulneráveis e complementa

“somente quem se reconhece vulnerável é capaz de cuidar.” (ZOBOLI; FRACOLLI, 2007, p. 154).

Introduzir vulnerabilidade no estudo proposto abre oportunidade para refletir sobre sua influência no trabalho exercido pelo enfermeiro, na dimensão do cuidar e nas responsabilidades dos profissionais na execução do processo de enfermagem.

Ao constatar que assistir a saúde do ser humano envolve diversos aspectos não somente administrativo, político, econômico e organizacional, como também científico e tecnológico, o enfermeiro trabalha seus conhecimentos. No entanto, estes devem estar sedimentados em valores éticos, morais e culturais.

Levantar o tema na enfermagem e colocar em discussão estas questões abre oportunidade, para uma reflexão sobre a consequência das atitudes dos profissionais de enfermagem e suscita uma pesquisa mais aprofundada sobre um tema importante não somente para a formação como para a atuação da equipe.

Destacar a discussão diante do papel do enfermeiro na prática do cuidado de enfermagem e buscar fundamentar na Bioética utilizando seus conceitos, princípios e referenciais, poderá contribuir para ações conscientes na conquista do reconhecimento pela sociedade.

## 2. OBJETIVO

---

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Reconhecer as questões relativas à autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro no processo de implantação e implementação da SAE em publicações científicas da área.

### 3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

---

### **3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

#### **3.1 Tipo de Pesquisa**

Esta pesquisa foi um estudo de revisão bibliográfica com abordagem qualitativa, que se mostrou adequada para proceder à análise de conteúdo de artigos de periódicos científicos, que trataram da implantação/implementação do processo de enfermagem ou sistematização da assistência de enfermagem.

Esta proposta encontra fundamentação em Minayo (2007, p. 21) que descreve:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

Bardin (2007, p. 27-31) apresenta que “a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações.” O autor traz o conceito de análise de conteúdo de Berelson, que define como uma técnica de investigação que realiza uma descrição objetiva, sistemática e qualitativa do conteúdo manifesto da comunicação, que tem como finalidade fazer a interpretação destas comunicações.

#### **3.2 Procedimentos da coleta de dados**

A pesquisa foi realizada na base de dados BVS - Biblioteca Virtual em Saúde e BVS – Biblioteca Virtual em Saúde – Enfermagem que compreendem BIREME/ OPAS/ OMS correspondendo ao período entre 1998 e 2008, utilizando os descritores: Processo de Enfermagem; Sistematização da Assistência de Enfermagem, Implantação; Implementação.

Ao utilizar os descritores propostos na metodologia do trabalho, encontramos resultados na base de dados BVS que incluíam artigos, teses, e

monografias. Para o presente estudo foram selecionados somente artigos. A BVS Enfermagem forneceu resultados na Literatura Científica sendo selecionados os apresentados na BDENF – Base de Dados de Enfermagem e LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e nas Publicações no SciELO (Scientific Electronic Library Online).

Os termos Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem foram utilizados como descritores independentes na pesquisa, pois são utilizados na literatura de enfermagem ou em muitos serviços, como uma metodologia de assistência que segue os mesmos passos e trajetória de execução. Ao mesmo tempo, na pesquisa inicial sobre o tema, foi observado que os termos ainda são utilizados na prática como sinônimos. No decorrer das discussões foi adotado o termo Sistematização da Assistência de Enfermagem.

A seleção foi precedida da leitura dos títulos e resumos de todos os artigos encontrados sendo selecionados para a pesquisa 39 artigos. A estes artigos foi acrescido 01 que corresponde a trabalho publicado em revista que não encontrada na base de dados pesquisada e que trata de um trabalho de pesquisa cujos autores apresentam um estudo sobre a sistematização da assistência nos Hospitais Estaduais de São Paulo, considerado importante para a pesquisadora; além de atender aos critérios de seleção, pois trata da implantação/implementação da sistematização da assistência de enfermagem e cujo artigo foi publicado em 2008.

### **3.3 Tratamento dos dados**

Ao término da seleção do material foi realizada uma leitura dos artigos na íntegra, seguida de uma releitura das conclusões e considerações finais dos artigos selecionados, que serviram como base para a busca das unidades de significado, sendo realizado o fichamento por meio de palavras-chave e recorte de trechos importantes acerca da temática.

Minayo (2007, p. 87) explica que:

Podemos optar por vários tipos de *unidades de registro* para analisarmos o conteúdo de uma mensagem. Essas unidades se referem aos elementos obtidos através da decomposição do conjunto da mensagem. Podemos utilizar a palavra como uma unidade, trabalhando com todas as palavras de um texto ou com apenas algumas que são destacadas de acordo com a finalidade de um estudo. A frase e a oração também são outros exemplos de unidade de registro. Outra unidade é o tema que se refere a uma unidade maior em torno do qual tiramos uma conclusão.

O próximo passo foi a identificação das unidades de significado, que permitiram definir duas categorias: Benéficos associados à prática da SAE e Fatores determinantes para a implantação/implementação da SAE.

A definição das categorias permitiu discutir a prática da aplicabilidade da SAE, finalizando com uma discussão sobre a autonomia e vulnerabilidade, proposta do presente estudo.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

---

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Identificamos unidades de significado que indicaram as questões relativas ao processo de implantação/implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

De acordo com a metodologia proposta as unidades de significado encontradas permitiram definir duas categorias: Benefícios Associados à Prática da SAE e Fatores Determinantes para a Implantação/Implementação da SAE.

Na categoria Benefícios Associados à Prática da SAE foram identificadas três subcategorias: Benefício para o Paciente; Benefício para a Profissão e Benefício para a Instituição.

Na categoria Fatores Determinantes para a Implantação/Implementação da SAE foram identificadas cinco subcategorias: Competência do Enfermeiro; Importância da Formação e Educação Permanente; Registro e uso de Instrumentos; Aspectos institucionais e Compartilhamento - Construção Coletiva.

No decorrer da discussão, aspectos considerados relevantes, descritos pelos autores dos artigos nas conclusões e ou considerações finais, foram inseridos no decorrer da discussão, permitindo contextualizar as unidades de significado encontradas.

### **4.1 Benefícios Associados à Prática da SAE**

Nesta categoria, Benefícios Associados à Prática da SAE foram identificadas três subcategorias: Benefício para o Paciente, Benefício para a Profissão e Benefício para a Instituição.

Os Benefícios Associados à Prática da SAE trazem as questões que envolvem o quanto a SAE tem sua importância para o paciente e em paralelo à família e à comunidade, de forma a permitir o seu compromisso com a promoção da saúde e a humanização da assistência.

Os Benefícios para a Profissão trazem para reflexão a enfermagem enquanto ciência, a valorização profissional e o conhecimento atrelado a uma prática consciente e responsável.

Os Benefícios para a Instituição permitem um olhar para os resultados da assistência, na segurança da instituição e equipe e refletem o compromisso com a qualidade dos serviços.

#### 4.1.1 Benefício para o Paciente

O benefício para o paciente está na qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem, bem como uma assistência humanizada. A aplicação do Processo de Enfermagem com todas as suas etapas permite ao enfermeiro, identificar as necessidades do paciente e orientar os cuidados de enfermagem que devem ser prestados.

Os artigos analisados identificam que a SAE é uma conquista para o paciente ao permitir um cuidado eficaz e eficiente através de uma assistência de enfermagem planejada aplicada por um modelo que segue uma metodologia científica.

A assistência individualizada é uma prerrogativa da SAE, o paciente participa do processo de cuidado. O respeito à individualidade do paciente é pontuada sendo destacado que o cuidado individualizado articula uma relação favorável com a equipe multiprofissional, paciente e família favorecendo a humanização da assistência.

A sistematização da assistência de enfermagem, enquanto processo organizacional, é capaz de **oferecer subsídios para o desenvolvimento de métodos/metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado**. (KOERICH et al. 2007, p. 450, negrito nosso).

Nesse aspecto, o processo de enfermagem poderia ser implantado como uma **metodologia de assistência que orientaria a organização do cuidado necessário**, a partir de um acordo entre a equipe e o paciente. (ROSSI; CASAGRANDE, 2001, p. 45, negrito nosso).

O paciente, depois de quatro consultas de enfermagem demonstrou uma melhora e a **avaliação do mesmo foi facilitada** pelas fases do processo de enfermagem realizadas anteriormente. Desse modo, podemos concluir que a realização desse estudo permitiu **visualizar na prática que a utilização da SAE só vem a aumentar a qualidade da assistência prestada ao paciente portador de hanseníase, ou seja, assegura a este paciente um cuidado de**

**enfermagem contínuo, atualizado e individualizado.** (VIEIRA et al., 2004, p. 7, negrito nosso).

Em alguns artigos fica evidente que o enfermeiro possui consciência que se trata de uma prática que muda resultados na assistência, favorecendo o crescimento da profissão e mudanças na prática de enfermagem.

Essa nossa percepção foi reforçada pelo fato de não haver nenhum depoimento que questionasse a eficácia da SAE. Ao contrário, todas as enfermeiras ressaltaram a sua importância para o crescimento da enfermagem, ficando evidentes as mudanças positivas já ocorridas no setor após o início da implantação. (MARQUES; CARVALHO, 2005, p. 205).

A tecnologia da informática está pontuada como um fator que contribui para a individualização da assistência.

A metodologia de processo de enfermagem e **o uso computador** como ferramenta para sua operacionalização, possibilitam que o saber e o fazer da enfermagem **seja realizado de uma forma a individualizar o cuidado ao paciente.** (CROSSETTI et al., 2002, p. 708, negrito nosso).

A aplicação de algumas fases do processo de enfermagem requer a presença do enfermeiro junto ao paciente, sendo a consulta de enfermagem valorizada ao permitir que o enfermeiro conheça o paciente em sua integralidade.

A prática da consulta de enfermagem permitiu a reflexão sobre seu potencial enquanto **estratégia de abordagem integral ao cliente**, considerando outros fatores envolvidos no processo saúde-doença, como os psicossociais, culturais e familiares dos indivíduos, sem, no entanto, deixar de evidenciar aqueles específicos da hanseníase. (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2008, p. 770, negrito nosso).

Assim, estas frases selecionadas permitiram caracterizar os benefícios que a prática da sistematização da assistência de enfermagem pode trazer ao paciente em seu processo de atendimento de saúde/doença.

#### 4.1.2 Benefício para a Profissão

Os artigos permitiram identificar a importância da sistematização da assistência de enfermagem para os profissionais de enfermagem e em especial ao enfermeiro, destacando a necessidade de uma metodologia na execução do trabalho de enfermagem.

A autonomia do enfermeiro com a implantação/implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem ou Processo de Enfermagem foi destaque em alguns artigos. A prática da SAE imprime a possibilidade de o enfermeiro aplicar seus conhecimentos e a trajetória científica da profissão.

Os profissionais de enfermagem podem conquistar o reconhecimento da qualidade do cuidado prestado ao paciente, tanto na instituição como junto à família refletindo seu papel na sociedade e na responsabilidade profissional.

Observei que os enfermeiros visualizam a sistematização da assistência de enfermagem como um meio para aplicarem seus conhecimentos técnico-científicos, que caracteriza sua prática profissional e conduz a sua autonomia profissional. (BRANDALIZE; KALINOWSKI, 2005, p. 56).

É preciso salientar, sem medo de errarmos, que a SAE representa, atualmente, uma das mais importantes conquistas no campo assistencial da enfermagem. O profissional imbuído **nesse processo necessita ampliar e aprofundar, continuamente, os saberes específicos da área, a fim de compartilhar e visibilizar o produto do serviço de enfermagem de forma responsável e comprometido socialmente.** (BACKES; SCHWARTZ, 2005, p. 187, negrito nosso).

A trajetória percorrida demonstra, também, que o profissional de enfermagem, **através do conhecimento e operacionalização da SAE,** representa um importante elemento articulador e mobilizador de processos de melhoria no contexto interdisciplinar da saúde. (BACKES; SCHWARTZ, 2005, p. 187, negrito nosso).

A SAE, na percepção dos enfermeiros, **é um processo de qualificação** profissional, além de propiciar valorização, reconhecimento e otimização da assistência de enfermagem. (BACKES et al., 2005, p. 29, negrito nosso).

Alguns artigos destacaram que a SAE imprime um valor para a profissão diante da ciência de enfermagem, da responsabilidade profissional e nos

benefícios decorrentes de uma prática científica e metodologicamente estruturada que promove a qualidade do cuidado e o crescimento profissional a partir do momento que incentiva a especialização e novos conhecimentos.

A construção do processo da SAE, até o presente momento, representou, além da conquista de conhecimento específico na área, um importante **desafio gerencial**, principalmente no que **tange ao desenvolvimento de estratégias criativas e inovadoras** capazes de mobilizar os profissionais envolvidos no processo, para a conquista de um novo saber e/ou espaço no campo da assistência. (BACKES; SCHWARTZ, 2005, p. 186, negrito nosso).

[...] Sob esse enfoque, a SAE poderá conduzir a equipe de enfermagem e de saúde, de forma lenta, mas contínua, para a reflexão sobre seu cotidiano, oportunizando a partilha de suas experiências e expectativas, **levando-os a sentirem-se valorizados e co-responsáveis pelas práticas assistenciais** de melhoria contínua. (KOERICH et al. 2007, p. 450, negrito nosso).

Ao requerer conhecimento e especialização articula com a assistência, o ensino e a pesquisa, promovendo o desenvolvimento da profissão enquanto ciência.

Com a proposta de implementação do projeto SAE em uma unidade de internação da maternidade pública, buscou-se adotar etapas do processo de enfermagem como instrumento metodológico para favorecer o cuidado, organizar as condições necessárias para o desenvolvimento da prática cotidiana voltada para o desenvolvimento da profissão como ciência, integrando as áreas de assistência, ensino e pesquisa. (GONÇALVES et al., 2007, p. 464).

#### **4.1.3 Benefício para a Instituição**

Trabalhar dentro de uma metodologia científica organiza o cotidiano da equipe, pois permite a utilização de ferramentas apropriadas que facilitam os registros e controles.

Para os serviços quantificarem a assistência, controlar custos e favorecer auditoria o uso do processo é uma estratégia, além de favorecer o alcance da qualidade.

Permite ainda, a implementação de ações, avaliação de resultados e modificação nas intervenções propiciando que os resultados planejados sejam alcançados.

Acredita-se que essa experiência **foi válida** não apenas para a unidade, mas **também para o hospital** que necessita de instrumentos que facilitem tanto o registro como a recuperação de dados, qualificando a assistência de enfermagem e o controle de custos e auditoria. (OLIVEIRA et al., 2008, p. 173, negrito nosso).

Uma estratégia de marketing para "vender" a proposta da SAE pode estar centrada na melhoria da qualidade da assistência. Isso pode convencer chefias de enfermagem e a própria diretoria das instituições a "comprar" a idéia, especialmente se a instituição estiver em busca da qualidade nos serviços prestados aos pacientes. (HERMIDA; ARAÚJO, 2006, p. 678).

Em alguns artigos, os autores através de suas conclusões ou considerações finais, apontaram expressões que permitiram identificar que o benefício está tanto para o paciente como para a profissão. As frases as destacadas a seguir exprimem estes significados:

Acredita-se que este seja mais um passo da caminhada rumo à melhor **qualidade da assistência prestada** ao ser humano e conseqüente crescimento **profissional** para a enfermagem, com **valorização e autonomia**. (BRANDALIZE; KALINOWSKI, 2005, p. 57, negrito nosso).

Ela, enquanto valorização do papel do enfermeiro na instituição, além de **proporcionar maior qualidade à assistência**, propicia, também, na concepção dos enfermeiros, **maior eficiência, autonomia e cientificidade à profissão**, garantindo, dessa forma, maior valorização e reconhecimento enquanto um espaço de novas conquistas e uma mudança cultural no papel do enfermeiro. (BACKES et al., 2005, p. 29, negrito nosso).

Constatou-se, ainda, que a aplicação do processo no cotidiano do cuidar caracteriza-se pela **cientificidade dos profissionais envolvidos**, uma vez que esta requer conhecimento e implantação deste na prática, bem como possibilita a **assistência individualizada e humanizada**. (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2007, p. 211, negrito nosso).

Da mesma forma, outros artigos permitiram identificar o benefício para o paciente, benefício para a profissão e benefício para a instituição, em uma mesma expressão, pontuados no destaque a seguir:

Os impressos desenvolvidos para pacientes em tratamento dialítico baseados nas teorias de Horta e Orem favorecem uma **assistência de enfermagem individual e humanizada**, proporcionam informações e controles efetivos que **facilitam as discussões dos profissionais** de enfermagem com os **demais membros da equipe multidisciplinar** e também geram **dados que subsidiam pesquisas** e ampliação do conhecimento na área da assistência de enfermagem ao paciente em tratamento dialítico. (SOARES; CARDOSO, 2001, p. 254, negrito nosso).

A SAE está apresentada como um facilitador da interação entre os profissionais ao promover benefícios entre o paciente e equipe multiprofissional, além de permitir articular a interdisciplinaridade.

## **4.2 Fatores Determinantes para a Implantação/Implementação da SAE**

As unidades de significado permitiram identificar Fatores Determinantes para a Implantação/Implementação da SAE, que retrataram a importância do processo e de uma metodologia científica, pois promove a busca do conhecimento e uma prática que acompanha os avanços científicos.

A categoria Fatores determinantes para a Prática da SAE permitiu identificar cinco subcategorias: Competência do Enfermeiro; Importância da Formação e Educação Permanente; Registro e uso de Instrumentos; Aspectos Institucionais e Compartilhamento - Construção Coletiva.

### **4.2.1 Fator Determinante para a Implantação/Implementação da SAE - Competência do Enfermeiro**

Caracterizado pelas competências do enfermeiro e compreensão de suas responsabilidades e deveres perante a equipe. Para que o enfermeiro realize o processo é necessário assumir o compromisso em sua aplicação na

prática e na responsabilidade em executar suas etapas, orientar a equipe, aprimorar e atualizar seus conhecimentos.

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem ao estabelecer diretrizes para as ações dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, vincula o aprimoramento e o conhecimento como bases importantes para o desenvolvimento profissional. O conhecimento é um fator que faz a mudança na trajetória de construção da SAE.

Muito mais do que competência técnica, é preciso que os enfermeiros tenham sensibilidade para captar as necessidades emergentes, habilidade para empreender e estimular ações inovadoras e, principalmente, **conhecimento e capacidade estratégica para envolver e comprometer**, criativamente, os demais profissionais da equipe de saúde. (KOERICH et al., 2007, p. 450, negrito nosso).

No processo de implantação/implementação da SAE o enfermeiro exerce um papel importante, evidenciado na análise dos artigos ao identificar que a SAE além de favorecer a satisfação profissional ao promover segurança aos profissionais de enfermagem em sua prática, exige o seu comprometimento com o gerenciamento da assistência.

A grande maioria dos enfermeiros está ciente de que **eles próprios são os grandes responsáveis** pela não realização da prescrição de enfermagem e pelo quadro de indefinições que vivenciam na profissão. Uma vez que se encontram em suas unidades de trabalho sem um papel bem definido, realizam funções que não seriam prioridades de sua ação como cuidadores e gerenciadores da assistência que deve ser prestada aos pacientes pela equipe de enfermagem. (PIVOTTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004, p. 40, negrito nosso).

Esta segurança está alicerçada e fundamentada no conhecimento, nas habilidades técnicas, na criatividade, no empreendedorismo, na capacidade de sensibilizar a equipe, propiciando visibilidade, maior eficiência e cientificidade para a enfermagem.

Reforçamos que se faz necessário que **o enfermeiro** repense sua conduta profissional e **passe a assumir sua posição de coordenador da assistência prestada ao paciente**,

colocando em prática o conhecimento adquirido. (PIVOTTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004, p. 41, negrito nosso).

Os resultados obtidos estimularam a reprodução da metodologia desenvolvida na CM em outras unidades do DE e têm mostrado que a **capacitação técnico-científica das pessoas favorece a dimensão emocional** dos profissionais frente às mudanças. (LIMA; KURCGANT, 2007, p. 579, negrito nosso).

A prática pautada em um referencial teórico firmou a ciência da profissão e estabeleceu uma proposta de caminho a ser seguido na construção da trajetória da implantação/implementação da SAE.

Os resultados da trajetória da SAE sofrem influência do despertar do interesse da equipe, da conscientização da importância da sua utilização, entendendo que a adesão é facilitada a partir do momento que fica claro ao profissional as fases do processo e a própria sensibilização da equipe.

Questões importantes para que a implantação e ou implementação do processo de enfermagem tenha sucesso na instituição ou serviço foram destacadas, como o próprio envolvimento do enfermeiro no processo e perseverança por parte de alguns profissionais, atrelado aos achados em que todos os profissionais possuem de alguma forma noção sobre sua execução.

O núcleo das **facilidades** mencionadas pelas enfermeiras para a execução das fases do processo de enfermagem está relacionado, de forma geral, aos **conhecimentos teóricos e práticos para executarem as fases**. Esta convergência demonstra, mais uma vez, a importância e a **valorização** que as enfermeiras atribuem ao **conhecimento científico** adequado e necessário, como base para a tomada de decisão na escolha das intervenções para assistir o paciente, **subsidiando o raciocínio crítico e clínico em enfermagem**. (TAKAHASHI et al., 2008, p. 37, negrito nosso).

Apesar das dificuldades e incertezas que permearam a fase inicial do processo de implementação do diagnóstico de enfermagem, pode-se perceber a **preocupação dos enfermeiros** do DE do HU-USP **em fundamentar**, com referencial teórico, a experiência vivenciada na prática **contribuindo**, assim, **para a construção desse conhecimento** em enfermagem. (LIMA; KURCGANT, 2006, p. 115, negrito nosso).

Quase a metade das enfermeiras **utilizava o referencial teórico** da autora Wanda Horta na implantação da SAE em

suas instituições. (BERSUSA; ALY; ROCHA, 2008, 173, negrito nosso).

Os destaques a seguir chamam a atenção sobre o compromisso profissional que o enfermeiro possui junto a qualificação profissional, na execução dos cuidados ao paciente, na experiência profissional e participação nas discussões da gestão de saúde, desenvolvendo um papel político e social.

Embora, se reconheça a pertinência do uso do instrumento para se aprimorar a consulta de enfermagem, ressalta-se a importância da **qualificação do enfermeiro** para a atenção ao portador de hanseníase. (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2008, p. 770, negrito nosso).

**Atenção direta ao paciente** deve ser a mola que impulsiona a implantação da assistência de enfermagem planejada. (OLIVEIRA et al., 2008, p. 173, negrito nosso).

**A SAE é necessária para a valorização da enfermeira** e seu papel na **sociedade**, no entanto a profissional deve compreender seus deveres para que sua importância e aplicabilidade se tornem mais efetiva. (OLIVEIRA et al., 2008, p. 173).

Apesar do descompasso percebido entre o saber e o fazer e da desarticulação com a legislação profissional, a SAE ainda é um instrumento recomendado para melhoria do cuidado de enfermagem e da assistência em saúde. No entanto, é necessário que os atores envolvidos com a sua aplicação, comprometam-se em articular suas práticas com a filosofia institucional, repensando o processo de trabalho em saúde, a fim de envolver os demais profissionais da equipe de saúde, sem esquecer dos usuários, finalidade última da SAE. Para tanto, faz-se necessário pensar e apreender **a complexidade do sistema de saúde no qual estamos inseridos**, bem como suas múltiplas relações, associações e interações. (KOERICH et al., 2007, p. 451).

O enfermeiro além de conhecimento e especialização na área de atuação deve desenvolver outras competências, para se manter atualizado e contribuir nos avanços que a tecnologia proporciona para a área de saúde.

[...] Para que isto se torne realidade, é necessário o **envolvimento dos enfermeiros no desenho, desenvolvimento, seleção e avaliação de sistemas** para assegurar a representação dos elementos do processo de trabalho da enfermagem. (ÉVORA; DARLI, 2002, p. 712, negrito nosso).

À luz deste contexto, vislumbramos **utilizar as tecnologias de informação e computacional** para melhorar o processo de cuidado ao paciente, modificar a assistência à saúde e inovar. (SPERANDIO; ÉVORA, 2002, p. 102, negrito nosso).

A maioria das unidades das instituições hospitalares e ambulatoriais não realizava a etapa do DE, na execução da SAE. (BERSUSA; ALY; ROCHA, 2008, p. 173, sublinhado pelo autor).

A competência do enfermeiro para mudar resultados utilizando uma prática científica é destacada por alguns autores.

Implementando a SAE, mostraremos a diferença que nossa estruturação, determinação, supervisão e atuação nos cuidados ao paciente representam na assistência prestada por toda a equipe de saúde. (PIVOTTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004, p. 41).

**A falta de conhecimento suficiente das enfermeiras** sobre o processo de enfermagem, torna-se barreira para a sua adesão à execução deste método assistencial nas instituições de saúde. Quando o realizam sem o necessário conhecimento, o fazem apenas para o **cumprimento de tarefa institucional, não havendo a conscientização coletiva da importância deste processo para a sua atuação como profissional da saúde com responsabilidade social**. (TAKAHASHI et al., 2008, p. 37, negrito nosso).

Associado a esta possibilidade de provocar mudança na prática de enfermagem ao realizar a SAE, a própria necessidade de mudar a forma como alguns profissionais vêem o processo foi pontuada e requer uma atenção por parte da categoria, pois implica na não valorização da proposta de trabalho.

Acreditamos que muitos colegas têm cumprido hoje essa atividade privativa somente por **obrigação do órgão fiscalizador** do exercício profissional cumprindo apenas, portanto, aquilo que considera essencial: a evolução e prescrição de enfermagem. Há uma grande **resistência** a incorporar a SAE como instrumento de reorganização do seu trabalho e do trabalho de sua equipe, o que resultaria na melhoria da qualidade da assistência prestada. (BERSUSA; ALY; ROCHA, 2008, p. 173-174, negrito nosso).

#### **4.2.2 Fator Determinante para a Implantação/Implementação da SAE - Importância da Formação e Educação Permanente**

Discute a importância da formação e do aprimoramento do conhecimento que facilitam o enfermeiro na implantação e implementação do processo de enfermagem.

Os artigos enfatizam que a definição do referencial teórico para aplicabilidade da SAE representa o primeiro passo a ser trabalhado junto aos enfermeiros. Identificam propostas e preocupação em fundamentar o enfermeiro com referencial teórico e vivência prática, assim como envolver técnicos e auxiliares de enfermagem no processo para não exercerem a função de meros executores.

Os artigos traduzem a importância de cada fase do processo de enfermagem e sugerem a revisão de normas da SAE com objetivo expresso de aproximar a teoria da prática. O interesse e motivação inicial, a eficiência da forma e conteúdo possibilita um olhar ampliado do processo saúde – doença.

A SAE representou uma experiência significativa na formação dos futuros enfermeiros, cuja importância está na valorização do processo no momento da sedimentação de conhecimentos e propósitos profissionais. Os discentes em sua formação ao vivenciarem resultados positivos visualizam a autonomia como uma trajetória possível na profissão.

A consulta de enfermagem, uma aliada do processo de enfermagem, é valorizada por oferecer subsídios para a educação em saúde, permitir reflexão sobre seu potencial e promover estratégias para abordagem integral facilitando a avaliação dos fatores intervenientes do processo saúde-doença, incluído os específicos, contribuindo para o desenvolvimento da SAE.

A visita de enfermagem foi identificada como uma forma de tornar possível a socialização das experiências, a discussão do cuidado e o desenvolvimento do plano de assistência.

A troca de experiências entre os serviços, deve ser incentivada, sendo este um fator que pode determinar o sucesso da implementação da SAE.

O destaque se deve à importância do aprimoramento, especialização e a dedicação ao estudo na área de atuação profissional, bem como da aproximação com a academia como ponto de apoio.

Em alguns artigos analisados, autores destacam temas de relevância na formação do enfermeiro e que permitem destacar as questões do processo de qualificação profissional e nas especialidades, o preparo prático da equipe com maior integração docente assistencial, pontuam as falhas no ensino e a própria dicotomia entre o ensino e a prática em cujo processo ensino aprendido permeia a insegurança e o descrédito dos estudantes e profissionais na dinâmica da SAE.

Ao mesmo tempo, a formação não se restringe à graduação. Deve percorrer toda a vida profissional do enfermeiro e ser compartilhada com os acadêmicos.

Ao ressaltar o papel vivenciado pelos discentes em sua pesquisa qualitativa foi apontada pelos autores, a importância do aluno diante da SAE e da assistência de enfermagem, por ampliar o aprendizado e propiciar a satisfação em aproveitar o estágio curricular comparado aos estágios em outro momento da formação.

Ficou claro que alguns pontos devem ser reavaliados, entre eles a **formação do enfermeiro**, que deve sair do curso de graduação capacitado para realizar a consulta de enfermagem nas unidades Básicas de Saúde. (MOURA; VARGENS, 2002, p. 88, negrito nosso).

As maiores dificuldades referidas na implantação relacionavam-se ao **déficit na capacitação das enfermeiras** e na **falta de envolvimento** com esse processo. (BERSUSA; ALY; ROCHA, 2008 p. 173, negrito nosso).

Os desafios para a inserção do diagnóstico de enfermagem na prática assistencial são a **conscientização e a capacitação do enfermeiro para o desenvolvimento dessa atividade** que exige atualização constante. (SIVIERO; TOLEDO; FRANCO, 2002, p. 92).

Outro aspecto a ser observado é que, apesar da maioria das enfermeiras referirem ter aprendido e executado as fases do processo na graduação, as dificuldades na prática foram expressivas, retratando a **insuficiência do preparo teórico e prático da enfermeira para a sistematização da assistência de enfermagem quando saem da faculdade**. (TAKAHASHI et al., 2008, p. 37, negrito nosso).

As maiores dificuldades encontradas no processo de enfermagem referem-se à classificação diagnóstica e a evolução/avaliação da assistência. **Consideramos que existe uma motivação crescente na utilização da classificação diagnóstica, no entanto ainda existem vários desafios em direção ao raciocínio clínico, à precisão diagnóstica e refinamento dos diagnósticos já utilizados.** (VALE; LOPES, 2002, p. 673, negrito nosso).

Outros apontamentos como a aplicação somente de uma etapa, como exemplo, evolução; dificuldade em identificar um diagnóstico e a própria falta de correlação entre as fases, repercute na não valorização do processo de enfermagem e a necessidade de capacitação do enfermeiro.

A maioria das unidades das instituições hospitalares e ambulatoriais realizava as etapas de prescrição e evolução de enfermagem desvinculadas do processo como um todo. (BERSUSA; ALY; ROCHA, 2008, p. 173, sublinhado pelo autor).

A análise dos artigos permitiu identificar que o compromisso da formação não está somente na especificidade da profissão, mas também no preparo intelectual, nas rupturas culturais e no desenvolvimento da habilidade para o raciocínio clínico e uma formação acadêmica que imprima no futuro profissional a responsabilidade de atuar com esta metodologia.

A implantação do Projeto SAE contribuiu para o fortalecimento da autonomia e satisfação dos alunos, evidenciada na mudança de atitude dos discentes quanto à valorização da metodologia no seu cotidiano, bem como com a redução do sentimento de rejeição da maternidade como campo de prática. (GONÇALVES et al., 2007, p. 464).

A realização de estudos de caso, seguidos de discussão, foi também um ponto positivo que deve ser valorizado, uma vez que se mostrou relevante no momento da efetivação do ensino teórico-prático. Percebemos que, após inúmeros exercícios em sala de aula, os estudantes mostravam-se mais aptos para a construção do Processo de Enfermagem e para a integração do diagnóstico de enfermagem com as demais fases do Processo de Enfermagem. (SILVA; MADUREIRA; TRENTINI, 2007, p. 285).

A universidade deve exercer o seu papel, devendo ter o compromisso de proporcionar ao aluno o conhecimento necessário para a prática na realização

do processo de enfermagem. O corpo docente deve estar preparado para conduzir os futuros profissionais neste processo.

Uma importante reflexão está na continuidade do processo de integração docente-assistencial permitindo a capacitação e aprimoramento dos profissionais.

[...] Existe um descompasso entre o ensino e o cotidiano profissional e deve ser da Universidade a responsabilidade de preencher as lacunas existentes entre a teoria e a prática, para que a realidade possa ser realmente transformada. (MAIA; PAVARINI, 2002, p. 64).

Em relação ao Histórico de Enfermagem, evidenciou-se a necessidade de fortalecer os conhecimentos teóricos e práticos dos discentes, principalmente no que se refere à realização do exame físico, levantamento de problemas/diagnósticos e condutas de enfermagem. (GONÇALVES et al., 2007, p. 464).

**Cabe ao corpo docente olhar para a prática procurando identificar com clareza o que ensina, como ensina e que resultados estão sendo obtidos com os métodos utilizados.** É necessário que a escola, em todos os seus momentos e instâncias, tenha consciência de seu papel e de sua responsabilidade frente ao cuidado de Enfermagem, para que possa aceitar o desafio de construir e reconstruir constantemente a prática de enfermagem. (SILVA; MADUREIRA; TRENTINI, 2007, p. 285-286, negrito nosso).

Dessa forma, observa-se que o caminho para se chegar à utilização eficaz do processo de enfermagem é a integração docente-assistencial, que viria a enriquecer o conhecimento dos dois lados, principalmente nos aspectos referentes à necessidade constante de capacitação profissional.(FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2007, p. 211).

Assim, destaca-se a importância de se refletir sobre **a grade curricular e o conteúdo temático oferecido nas escolas de Enfermagem**, que deveriam priorizar a verticalização do conhecimento, que possibilita o seu aprofundamento, em detrimento da horizontalidade no ensino, onde o aluno recebe conhecimento superficial e insuficiente para a prática do processo de enfermagem. Esta necessidade torna-se mais urgente quando se percebe as dificuldades encontradas pelas enfermeiras na prática do processo, relatadas neste e em outros estudos, evidenciando as lacunas presentes no ensino da enfermagem que, uma vez não preenchidas na vivência acadêmica, repercutem com dificuldades e não adesão à execução do processo de enfermagem na vida profissional. (TAKAHASHI et al., 2008, p. 38).

#### **4.2.3 Fator Determinante para a Implantação/Implementação da SAE - Registro e uso de Instrumentos**

A aplicação do processo de enfermagem melhora a qualidade dos registros de enfermagem favorecendo a avaliação do cuidado e direcionando as ações da assistência.

Alguns artigos trazem a elaboração de instrumentos e sua aplicação, como uma proposta que permite ao enfermeiro modificar e estruturar novos modelos, além da necessidade da revisão de normas referentes à SAE como parte do processo para que seus resultados sejam satisfatórios.

No decorrer do processo da implementação alguns artigos apontaram a que importância do instrumento pode ser subestimada, sugerindo então a revisão periódica para que não seja desvalorizado. O tempo gasto no preenchimento do instrumento para realização do processo deve fazer parte da preocupação da equipe que coordena os trabalhos, pois despender tempo para realizar, depende do número de pacientes, estando muitas vezes com poucas enfermeiras no serviço que acabam rotulando que o processo de enfermagem é burocrático e não conquista todos os profissionais.

As fichas elaboradas têm facilitado a implantação do processo de enfermagem no ambulatório de radioterapia, apesar das dificuldades para sua elaboração, as quais exigiram empenho, reuniões constantes e revisão da literatura pertinente. Com o seu uso, será possível o registro ordenado e conciso dos dados e a recuperação rápida de informações importantes para o planejamento e avaliação da assistência prestada. (VAZ et al., 2002, p. 297).

Observamos também que o instrumento possibilitou subsídios para a construção das prescrições de enfermagem, gerando economia significativa no tempo de registro dessas informações. (SPERANDIO; ÉVORA, 2002, p. 102).

O instrumento tem facilitado a implantação do processo de enfermagem na unidade de hemodiálise, apesar das dificuldades para a sua elaboração, as quais exigiram restrições e mudanças constantes. (OLIVEIRA et al., 2008, p. 173).

O instrumento mostrou-se adequado para a coleta de dados em clínica cirúrgica de ginecologia [...]. Considera-se o estudo fundamental para o desenvolvimento da prática clínica de

enfermagem, uma vez que o instrumento possibilita a informatização da prática de enfermagem e melhor qualidade da assistência. (SOARES; PINELLI; ABRÃO, 2005, p. 164).

O desenvolvimento da tecnologia da informação deve favorecer o trabalho do enfermeiro e da equipe, contribuindo para uma prática diária que facilite o tempo e organize o trabalho, permitindo uma melhor atuação junto ao paciente.

Um desafio significativo para os enfermeiros, de acordo com Woolery (1990), será a implementação de sistemas que realcem os resultados e o padrão profissional de enfermagem. Eles devem proporcionar recursos estratégicos para a prática da enfermagem clínica. (ÉVORA; DARLI, 2002, p. 712)

Nesta unidade hospitalar foi possível utilizar o referencial teórico de Horta para a construção do instrumento de coleta de dados e de formulação dos diagnósticos de enfermagem que estão sendo pouco a pouco incorporados e implementados entre os enfermeiros com a finalidade de adequar a fundamentação teórica e científica na prática e execução do processo de enfermagem em pacientes neurológicos. (NEVES, 2006, p. 559)

No que se refere à operacionalização da SAE, foram destacadas **dificuldades relativas ao tempo consumido** com o preenchimento dos formulários e manuseio de alguns instrumentos. (GONÇALVES et al., 2007, p. 464, negrito nosso).

Algumas outras questões identificadas apontaram para a discussão da falta de registro de enfermagem onde ações são realizadas de acordo com as etapas da SAE, mas não são registradas. Prescrições de enfermagem onde os cuidados são realizados independentes da prescrição do enfermeiro ou cujo preparo está desvinculado da evolução de enfermagem.

#### **4.2.4 Fator Determinante para a Implantação/Implementação da SAE - Aspectos Institucionais**

Em diversos artigos foi identificadas unidades de significado que apontam para o compromisso da gerência, das chefias, supervisão e da instituição.

O papel da própria instituição em favorecer o processo de implantação/implementação da SAE ao ser pontuado, permite estabelecer uma análise sobre a co-responsabilidade junto aos enfermeiros neste processo. A instituição exerce um poder importante no interesse, na viabilização de

recursos e condições para a implantação/implementação do processo através da manutenção de uma equipe estável e recursos materiais suficientes.

Atrelado a estes fatores o desconhecimento por parte da equipe multiprofissional das competências técnicas da enfermagem e resistência de alguns profissionais são indicativos da necessidade de atuação por parte da instituição no processo.

A contribuição dos artigos analisados no que tange a discussão da importância da instituição perante a SAE permitiu identificar que a estrutura e a cultura organizacional influenciam os resultados da aplicabilidade do processo. Ao mesmo tempo uma estrutura política que apresente novos modelos de gestão com participação ativa dos diversos setores proporciona uma atuação mais efetiva.

Os profissionais alertam, ainda, para a sensibilização e a inserção coletiva dos profissionais, e demonstram que as dificuldades associadas a sua implantação não são somente de ordem estrutural, mas, principalmente, de **ordem organizacional, política e cultural**. (BACKES et al., 2005, p. 29, negrito nosso).

Nos artigos está pontuado de forma objetiva que a SAE requer um compromisso da enfermagem enquanto equipe, sendo o gerenciamento estratégico um aliado para que o processo caminhe articulado com os enfermeiros.

O apoio e incentivo da diretoria de enfermagem, tanto quanto a adesão do grupo de enfermeiras, é imprescindível para que o processo se inicie e se mantenha. Em nossa experiência, inicialmente, várias estratégias de capacitação e conscientização do grupo de enfermeiras fracassaram pelo pouco envolvimento de diretoras e supervisoras com essa metodologia de assistência. (LOPES, 2000, p. 117).

O papel da gerência de enfermagem está no interesse por parte das chefias para que ocorra a viabilidade na prática, estabelecendo estrutura organizacional, missão, filosofia e objetivos do serviço, exercendo liderança e estimulando sua realização. Ao contrário onde ocorre a falta de estímulo por parte da direção de enfermagem, a falta de liderança ou de interesse por parte da gerência pode levar a um trabalho com uma equipe desarticulada com a SAE.

Notei que a instituição e a direção de enfermagem estão abertas e despojadas pela implantação e implementação do **processo de enfermagem como um todo não só nestas unidades**, mas também em todo o hospital. (BRANDALIZE; KALINOWSKI, 2005, p. 56, negrito nosso).

É preciso reconhecer, todavia, que a gerência de enfermagem desempenha um papel importante nesse processo de construção e reconstrução de saber, principalmente no que se refere à implementação da SAE. **Liderar**, nesse caso, **significa provocar transformações e inquietações internas** para possíveis mudanças culturais e estruturais. (BACKES; SCHWARTZ, 2005, p. 187, negrito nosso).

O conflito entre o assistir e o gerenciar é apresentado como uma trajetória contínua que o enfermeiro deve rever em sua prática para novos resultados. Ao mesmo tempo a falta da aplicação da SAE na prática diária, impede o enfermeiro de adquirir experiência conduzindo ao não comprometimento com o processo.

Apesar de ser conhecida, a SAE não é utilizada de forma efetiva pelas enfermeiras. Diante do desempenho profissional da enfermeira, esta se vê na contingência de executar muitas atividades administrativas, burocráticas e educativas, além das práticas voltadas para a atenção ao paciente. O **excesso de tarefas contribui para aumentar a distância entre a profissional e o paciente**. (OLIVEIRA et al., 2008, p. 173, negrito nosso).

A implantação do Processo de Enfermagem tem sido lenta e difícil. Há resistência dos enfermeiros e isto se deve muitas vezes à **falta de experiência prévia** em outros serviços, à visão de que o Processo é complexo, demanda muito tempo e **não é, portanto, factível na prática diária**. (LOPES, 2000, p.117, nosso negrito).

Foram apontados nos artigos como motivos para a não implantação da SAE, questões associadas à falta de reconhecimento da própria equipe de enfermagem, ao número elevado de pacientes sob os cuidados do profissional, ao déficit de recursos humanos de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem), a rotatividade de paciente, sendo identificado que o exercer a SAE representa uma tarefa adicional a ser realizada e ao próprio enfermeiro não valorizar o processo.

O estudo reflete, ainda, que as enfermeiras participantes mostram **conhecimento sobre o processo**, mas ao analisar a realidade de trabalho, apontam fatores que são dificultadores e que as impossibilitam de utilizá-lo, como a **falta de tempo, o quantitativo de pacientes internadas, além da rotatividade**. (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2007, p. 211, negrito nosso).

As principais dificuldades encontradas na implantação da SAE **apontaram problemas em relação à sobrecarga de trabalho associada aos desvios da função e, ainda, ao número insuficiente de profissionais** para o desempenho da atividade. (BACKES et al., 2005 p. 29, negrito nosso).

Foram apontados como motivos da não realização e implantação da prescrição de enfermagem: o fato de **não ser valorizada** pelos próprios enfermeiros, pela equipe de enfermagem, médicos e administração da instituição, **a falta de tempo dos enfermeiros** para elaborar as prescrições de enfermagem, em decorrência da alegação de um **número insuficiente de funcionários**; a **não priorização** pelos enfermeiros de seu tempo com atividades exclusivas de sua competência e para assistência ao paciente; **envolvimento com questões burocráticas** e na resolução de problemas dos mais variados, sobrecarregando-se de funções que não são de sua competência; e, a prescrição de enfermagem **não fazer parte da rotina institucional**. (PIVOTTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004, p. 40 negrito nosso).

A falta de definição da filosofia institucional, do serviço de enfermagem bem como planejamento e definição de metas, influência a participação dos profissionais de enfermagem na prática da SAE.

*O processo de implementação do processo de enfermagem na instituição estudada apresenta-se **carente do acompanhamento de uma equipe direcionada na SAE com a finalidade de corrigir, orientar e supervisionar a realização das suas fases, a fim de desenvolver o raciocínio lógico, crítico e coerente***. (CUNHA; BARROS, 2005, p. 572, negrito nosso).

#### **4.2.5 Fator Determinantes para a Implantação/Implementação da SAE - Compartilhamento - Construção Coletiva**

Os artigos analisados destacaram estratégias para aplicabilidade do processo nos serviços. Desde a capacitação dos profissionais favorecendo a dimensão emocional dos enfermeiros frente às mudanças no modelo gerencial,

até reuniões científicas com estudos de caso e ou dirigido despertaram e favoreceram o desenvolvimento do processo.

Estratégias como visita em outras instituições, iniciar a implantação em uma unidade piloto, o uso de livro na atuação diária, a percepção da redução do tempo despendido, agem como facilitadores incentivando o enfermeiro em sua prática cotidiana. Outro determinante na prática da aplicabilidade do processo está relacionado à formação de grupo de estudos, fazendo uma abordagem geral sobre SAE.

Embora muitas vezes discordássemos dos enfermeiros, principalmente ao excluirmos intervenções por eles consideradas como rotineiras, a construção coletiva proporcionou a chegada a um consenso, pelo menos favorável à maioria. O diálogo e a liberdade de expressão estimulou o grupo a refletir sobre suas condutas na prática do cuidado e perceber que, em conjunto, é possível operar mudanças na realidade, através de reflexões compartilhadas, buscando o despertar de um profissional mais reflexivo e crítico. (AQUINO; LUNARDI FILHO, 2004, p. 69).

Com relação à criação de **núcleos de estudo**, acreditamos que esta será uma forma de discutir sobre as dificuldades que cada enfermeira tem percebido no trabalho que está sendo realizado, a construção dos diagnósticos e as dúvidas que têm surgido. Além disso, uma boa oportunidade para que a equipe possa, conjuntamente, se preparar para as próximas etapas do processo. (MARQUES; CARVALHO, 2005, p. 205, negrito nosso).

Se todas as instituições, com objetivos e filosofias semelhantes, **socializassem suas experiências**, uniriam esforços e conhecimentos na busca de meios para sistematizar o atendimento de enfermagem de forma mais viável e compatível com a missão institucional e com a interdisciplinaridade. (MAIA; PAVARINI, 2002, p. 64, negrito nosso).

O processo participativo adotado, nessa trajetória, mostra que exige tempo e determinação de todos que dela compartilham. Entretanto, pela experiência vivenciada, pode-se resgatar também, que o resultado se traduz em crescimento individual e, conseqüentemente, em efetivo produto coletivo. (LIMA; KURCGANT, 2006, 115).

Considerando que a próxima etapa a ser implantada é a da prescrição de enfermagem, **faz-se necessário o envolvimento do restante da equipe** para que esta não seja

classificada apenas como mais uma ordem a ser cumprida. (MARQUES; CARVALHO, 2005, p. 205, **negrito nosso**).

Entendemos ser necessário continuar **investindo no aperfeiçoamento das anotações das enfermeiras**, tendo em vista um novo **treinamento teórico e prático para esclarecer as dúvidas sobre o processo de** enfermagem, explicar o modelo teórico que sustenta as fases da SAE e a relação que existe entre estas, visando o registro escrito do cuidado prestado em busca da qualidade da assistência de enfermagem apresentando-a com coerência, completa e seqüencial, para que seja direcionada uma ação benéfica no tratamento do paciente. (CUNHA; BARROS, 2005, p. 572, **negrito nosso**).

Alguns trabalhos analisados apresentaram expressões que permitiram identificar que as unidades de significado estão agrupadas mostrando a relevância dos fatores determinantes no processo de implantação e implementação da SAE.

A seguir estão identificados e agrupados Fatores Determinantes da Implantação/Implementação da SAE Competência do Enfermeiro e Aspectos Institucionais. Podemos destacar:

- O compromisso do enfermeiro para o aprimoramento profissional e da instituição em promover o seu preparo:

Se por um lado há a necessidade de se **promover a capacitação dos enfermeiros**, exigindo deles **esforço e compromisso**, por outro lado, a **instituição tem que propiciar** todas as condições para que isto aconteça. (LIMA; KURCGANT, 2006, 115).

- O compromisso do enfermeiro em trabalhar com o processo mesmo atuando com sobrecarga de tarefas, associado ao compromisso da instituição em adequar as condições de trabalho:

Os mesmos ainda encontram dificuldades na sua implementação, visto que, muitas vezes, estes se encontram **sobrecarregados com atividades burocráticas**, tendo o seu exercício profissional dificultado. O que surpreendeu foi perceber que há enfermeiros engajados na sua aplicação, dispostos a transpor as dificuldades e que **tentam administrar o tempo e realizar suas tarefas com qualidade**. (BRANDALIZE; KALINOWSKI, 2005, p. 56, **negrito nosso**).

- O compromisso e responsabilidade do enfermeiro e da instituição em assumir institucionalmente o processo.

Os objetivos do estudo foram atingidos. De acordo com a percepção dos alunos, os obstáculos para a implantação do diagnóstico de enfermagem nos serviços de saúde são: **o desconhecimento do tema** por parte dos próprios enfermeiros, **a resistência de enfermeiros e médicos à sua implantação e a exigência de maior responsabilidade** do enfermeiro. (SIVIERO; TOLEDO; FRANCO, 2002, p. 92, negrito nosso).

Foram apontados como motivos da não realização e implantação da prescrição de enfermagem: o fato de **não ser valorizada pelos próprios enfermeiros, pela equipe de enfermagem, médicos e administração da instituição [...]** (PIVOTTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004, p. 40, negrito nosso).

O destaque a seguir permite identificar três Fatores Determinantes para a Implantação/Implementação da SAE Competência do Enfermeiro, Importância da Formação e Educação Permanente e Aspectos Institucionais.

Nesta expressão está pontuado e deve servir de reflexão a competência do enfermeiro ao participar de um processo de mudança com conhecimento, a participação do enfermeiro no processo de formação, a participação do ensino e no envolvimento por parte de profissionais, docentes e estudantes, bem como da gerência de enfermagem e da instituição ao promover e participar desta mudança fornecendo apoio e incentivo ao grupo.

A **mudança do comportamento** requer mais que o reconhecimento de aspectos que precisam ser mudados e repensados; exige o **engajamento total de todos os envolvidos**, escola, estudantes, docentes, serviço de enfermagem e **instituição de saúde**, para que esta forma de **raciocínio** [o DE] seja de fato **incorporada** pelos profissionais. (SILVA; MADUREIRA; TRENTINI, 2007, p. 285, negrito nosso).

O destaque a seguir permitiu identificar três Fatores Determinantes: Competência do Enfermeiro, Compartilhamento - Construção Coletiva e Registro e uso de Instrumentos. A atenção está na competência do enfermeiro em raciocinar sobre a prescrição de enfermagem e no planejamento da assistência ao paciente realizando uma visita de enfermagem comprometida com o exame físico, do conhecimento da estrutura do processo de enfermagem

que permitiram modificar os registros e instrumentos para facilitar as fases do processo de forma participativa.

A visita de enfermagem, ao longo de seus oito anos de existência, refletiu-se intensamente na sistematização da assistência de enfermagem praticada na unidade: os **enfermeiros passaram a associar melhor os dados de exame físico com os cuidados prescritos**; começamos a notar alterações pertinentes de prescrições de enfermagem feitas pelo próprio autor ou por outro enfermeiro, em função de modificações nas condições do paciente, prática que não era percebida anteriormente; ela **gerou discussões que se transformaram em orientações para a elaboração da evolução e observações de enfermagem**; trouxe à luz a necessidade de se **refletir sobre o modelo** de sistematização da assistência de enfermagem adotado na unidade, o que acabou levando à elaboração de uma **ficha para registro** de exame físico. (BAJAY et al., 2002, p. 29, negrito nosso).

Identificamos na expressão a seguir Fatores Determinantes para a Implantação/Implementação da SAE que trata da Competência do Enfermeiro, Aspectos Institucionais Compartilhamento e Construção Coletiva, por trazer para análise o preparo, compromisso e responsabilidade da equipe de enfermagem e enfermeiros, do processo participativo da gerência, instituição e do trabalho em equipe para que a SAE seja construída no coletivo.

Os principais fatores intervenientes à implementação da metodologia da assistência são: **despreparo do pessoal e falta de interesse** seguidos pelo fator **falta de tempo** entre os que dificultam; **interesse e preparo da equipe; determinação da chefia entre os que favorecem**. São, portanto, mais centrados na pessoa que nas coisas. Isso nos sugere que as intervenções, visando à utilização da Metodologia da Assistência de Enfermagem, devem, também, centrar-se mais na pessoa, principalmente em preparo e motivação. (SANTOS; RAMOS, 1998, p. 58, negrito nosso).

Observamos que a SAE traz inúmeros benefícios tanto para o paciente, como para a profissão e para a instituição. Desta forma, podemos inferir que o benefício da implantação e implementação da sistematização da assistência de enfermagem, beneficia o paciente por promover assistência de qualidade e humanizada; a profissão por valorizar o trabalho, desenvolver o conhecimento e dar cientificidade à profissão e a instituição por ter facilitado a auditoria de

custos, recuperação de dados e favorecer aos serviços atuarem na interdisciplinaridade.

No entanto, é de extrema importância observar alguns cuidados para que a SAE ao ser implantada possa ter continuidade e seja implementada de fato na instituição. Conforme observamos na categoria Fatores Determinantes para Implantação/Implementação da SAE, as unidades de significados apontaram para diversos aspectos que influenciam o sucesso ou não da efetiva prática desta metodologia nos diversos serviços.

Portanto, devemos perceber e trazer para reflexão estes fatores que irão acabar envolvidos com as questões da autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro nesta prática de assistência de enfermagem.

**5. AUTONOMIA VERSUS VULNERABILIDADE NA PRÁTICA DA  
IMPLANTAÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO DA SAE**

---

## **5 AUTONOMIA VERSUS VULNERABILIDADE NA PRÁTICA DA IMPLANTAÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO DA SAE**

### **5.1 Autonomia e vulnerabilidade revendo conceitos**

Para discutir as questões propostas no presente trabalho, consideramos importante rever a definição de autonomia e vulnerabilidade.

#### **5.1.1 Autonomia**

Retornamos à definição de Autonomia apresentada por Ferrer e Alvarez (2005) e Barchifontaine (2004). Autonomia se traduz como a capacidade da pessoa se autogovernar, fazer sua escolha, a individualidade, a privacidade, tendo a responsabilidade por seu comportamento.

Conforme apresentado por Ferrer e Álvarez (2005, p. 123-124) a origem do conceito de autonomia está na teoria política, mas foi estendida às pessoas enquanto indivíduo. Neste sentido, conceituam:

A autonomia pessoal refere-se à capacidade que têm as pessoas para se autodeterminar, livres tanto de influências externas que as controlem, como de limitações pessoais que as impeçam de fazer uma genuína opção, como poderia sê-lo a compreensão inadequada do objeto ou das circunstâncias da escolha.

Ferrer e Álvarez (2005) esclarecem que o indivíduo autônomo realiza suas ações de forma livre e conforme o plano que ele próprio estabelece. No caso de pessoas cuja autonomia está diminuída ocorre o controle ou em parte, por outras pessoas.

Anjos (2006, p. 178-179) em seu artigo “A Vulnerabilidade como parceira da autonomia” apresenta que “no sentido formal em ética, a autonomia dos sujeitos humanos está colocada como exigência indispensável para que haja moralidade.” Esta compreensão está fundamentada em Kant “para quem a autonomia é a capacidade de os seres humanos se imporem regras morais.” Para que ocorra moralidade deve haver por parte do sujeito liberdade e responsabilidade.

Nunes (2006, p. 2) comenta: “afirmaria Kant que a autonomia é a competência da vontade humana em dar-se a si mesma a sua própria lei e que é nosso dever tentar atingir a autonomia moral, assim como respeitar a autonomia do outro”.

Anjos (2006, p. 179) traz ainda a autonomia procedimental desenvolvida por H. Frankfurt que afirma que uma pessoa ao avaliar de forma crítica suas crenças e desejos e os aprova sem sofrer maior interferência de outra autoridade externa ocorre a autonomia procedimental. A autonomia procedimental diverge da Kantiana na racionalidade, pois para Kant só existe autonomia “quando o raciocínio do sujeito é imparcial e independente de desejos, emoções e inclinações.”

Anjos (2006, p.179) comenta também a autonomia relacional, uma proposta alternativa que reconhece o ser humano como aquele que desenvolve sua capacidade para a autonomia através da interação social. Apresenta: “Entende-se a autonomia no sentido de que nossa capacidade, no exercício da autonomia, depende de nossa habilidade em entrar na variedade de relações e mantê-las.” Esclarece que a autonomia é construída por relações:

a) relações interpessoais, que se tornam educativas para a ação independente e adulta bem como institucionais, que nos garantem liberdade política, informação, educação, saúde, recursos econômicos e uma proteção básica contra uma variedade de ameaças; b) nosso contexto sócio-cultural, enquanto nos ajuda a construir o modo atual de definirmos individualmente a autonomia e o valor que ela tem para nós. Nossa autonomia é de algum modo paradoxal, pois, pensada em sua construção social, nossa independência se faz por intermédio da interdependência com outras pessoas. (ANJOS, 2006, p. 179).

Neste sentido, transportar o exercício da autonomia para as ações de enfermagem requer um entendimento desta definição no contexto da profissão. As relações interpessoais e institucionais fazem parte do trabalho do enfermeiro junto à sua equipe, à equipe multiprofissional, ao paciente, família, comunidade, gerência, instituição, ou outros profissionais envolvidos na organização.

Gomes e Oliveira (2005, p.150) ao estudarem a estrutura da representação social da autonomia na profissão, lembram que a enfermagem convive e se relaciona no seu cotidiano com a equipe de saúde, a clientela e a

instituição, e o fator conhecimento científico pode interferir na forma como esta relação se concretiza.

Em sua pesquisa de campo com enfermeiros que teve por objetivo identificar e analisar sua estrutura de representação social da autonomia Gomes e Oliveira (2005, P. 146) encontraram em seus resultados, conhecimento, conquista e responsabilidade como elementos de maior significação.

Estes resultados vão de encontro com os achados em nossa pesquisa, ao destacarmos na categoria Fatores Determinantes para a Implantação Implementação da SAE a Competência do Enfermeiro.

Cabe um olhar para estes resultados, pois devem ser considerados importantes para analisar como enfermeiros entendem e atuam em seu cotidiano com autonomia profissional. Canhada (2007, p. 56) coloca em sua pesquisa que autonomia é entendida pelos sujeitos “como a valorização do seu espaço, no estar no comando do seu eu, podendo professar suas próprias opiniões, usando do livre arbítrio para fazer o que julga ser melhor para si próprio ou para outras pessoas.” Conclui que os sujeitos consideram ser autônomos quando podem fazer as escolhas diante das opções apresentadas e realizar o que “considera ser o melhor.”

Retornando às reflexões do conceito de autonomia, Nunes (2006) coloca o importante papel que o conceito de autonomia moral vem realizando na área da ética aplicada e da filosofia política contemporânea, em conjunto com o conceito correlativo representado pelo princípio da responsabilidade principalmente para o coletivo e para o futuro.

Ao trazer responsabilidade, Nunes (2006, p.4) fala de “*responsável*” como traço de uma pessoa, como característica de uma acção, da responsabilidade como uma categoria legal e como dever associado a uma função ou papel.” A autora traz capacidade, obrigação e compromisso como idéias para abordar responsabilidade.

Gomes e Oliveira (2006, p. 150) ao destacarem responsabilidade como tema central na representação de seus estudos, traz que a responsabilidade é “a base na qual os sujeitos constroem o espaço profissional e a autonomia da enfermagem, possibilitando a conquista e a manutenção do espaço de atuação dos profissionais e permitindo que o processo de conquista se constitua de forma sólida.”

A reflexão sobre a autonomia do enfermeiro perante a prática da SAE, diante do conceito de autonomia e das discussões dos autores citados, que pontuam as escolhas pessoais e a privacidade da decisão, chama a atenção, a responsabilidade e o conhecimento como um importante sedimento para a uma prática com autonomia no exercício profissional.

### 5.1.2 Vulnerabilidade

Vulnerabilidade termo derivado do latim, *vulnus* significa ferida e expressa de uma forma geral a possibilidade de uma pessoa ser ferida. Anjos (2006, p. 181) complementa que em termos de consistência, a vulnerabilidade “pode ser entendida como condição humana persistente (enquanto somos limitados e mortais), e como situação dada (nas quais limites e “feridas” se verificam concretamente).”

Zuben (2007, p. 64) apresenta que “reconhecer no humano a vulnerabilidade é o mesmo que dizer que ele é passível de *pathos*<sup>1</sup>, sensível a uma ação qualquer provinda de outro ser ou do mundo ambiente.” Afirma ainda, que o ser humano interage de forma significativa com os outros seres humanos e no meio ambiente nesta convivência com o mundo.

Neves (2006, p. 166) traz a vulnerabilidade enquanto expressão de humanidade, do modo de ser do homem, do modo de agir com o outro, e, coloca a responsabilidade e solidariedade como uma ética fundamentada na antropologia: “o modo como devemos agir decorre do modo como somos e como queremos ser, sendo a nossa comum *vulnerabilidade* que instaura um sentido universal do dever na acção humana.”

A autora descreve a responsabilidade apresentada por Lévinas e Jonas que afirmam que a vulnerabilidade é uma condição universal do homem tendo a responsabilidade como uma resposta:

Lévinas e Jonas convergem na afirmação da vulnerabilidade como condição universal do homem a que só a responsabilidade – como resposta não violenta ao outro, como resposta proporcionada à ameaça pendente sobre o perecível, respectivamente – responde efectiva e cabalmente, uma

---

<sup>1</sup> Phatos: palavra de origem grega. Qualidade no escrever, no falar, no musicar ou na representação artística (e, p. ext. em fatos, circunstância, pessoas) que estimula o sentimento de piedade ou a tristeza, poder de tocar ou sentimento de melancolia ou o de ternura, caráter ou influencia tocante ou patética: In Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, 2001, p. 2149.

responsabilidade comumente entendida como resposta do eu, de cada um, à presença do outro, na sua radical vulnerabilidade. (NEVES, 2006, p.165-166).

Apresentamos, para complementar, o Artigo 8 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos de outubro de 2005 que trata do Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade, com objetivo de sedimentar o tema do ponto de vista da Bioética, que traz para reflexão a questão do avanço tecnológico, conhecimento científico e da medicina, pontuando o respeito ao outro e na integridade do ser humano.

### **Artigo 8 – Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual**

A vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada. (GARRAFA; KOTTOW; SAADA, 2006, p. 262).

Desta forma, acreditamos ter apresentado referencial teórico sobre vulnerabilidade que complementa o capítulo que tratou especificamente sobre o termo, com objetivo de fundamentar as discussões sobre a prática da enfermagem ao executar a SAE, tema proposto no presente trabalho.

#### **5.1.3 Autonomia e vulnerabilidade**

Diante de conceitos distintos de vulnerabilidade e autonomia, para maior compreensão introduzimos o esclarecimento de Anjos (2006, p. 174) em seu artigo Vulnerabilidade como parceira da autonomia que argumenta: “a vulnerabilidade e a autonomia, embora possam ser formalmente separadas, para serem adequadamente aplicadas em bioética, devem se tomadas como parceiras, isto é, como condução conjunta do sujeito ético em ação.”

Junges (2007, p. 111) coloca que “a noção de vulnerabilidade mantém uma íntima relação e serve de fundamento aos conceitos éticos de integridade (coerência de vida), de dignidade (valor intrínseco) e de autonomia (autodeterminação)”, que correspondem a condições de vulnerabilidade do ser humano.

Para o autor, as possibilidades da vida moderna em dar autonomia e recursos que favoreçam a superação dos limites da fragilidade humana e sua dependência da natureza, não impediram que ocorresse o sentimento contrário das pessoas que estão “sempre mais entregues a si mesmas, inseguras e mais vulneráveis do que nunca pela sensação de desamparo social e cultural.” (JUNGES, 2007, p. 112).

Anjos (2006) traz a questão da vulnerabilidade profissional ao exemplificar situações que envolvem atendimentos a pacientes com doença mental ou em unidade de terapia intensiva, que envolve a vulnerabilidade tanto do paciente quanto dos profissionais que realizam a assistência, introduzindo a autonomia num contexto de parceira da vulnerabilidade.

Este conceito de autonomia parceira da vulnerabilidade é reforçado ao ser deparado os preconceitos e rotulações colocados sobre os doentes como no exemplo anteriormente descrito; nas situações que envolvem a experiência pessoal base para o exercício profissional e as próprias motivações e interesses para esse exercício. (ANJOS, 2006).

Ao analisar o contexto e fazer uma reflexão sobre a prática da aplicabilidade de uma metodologia científica na enfermagem, sob olhar da autonomia e vulnerabilidade, chama a atenção o comportamento profissional e requer uma discussão que envolve tanto o desenvolvimento tecnológico quanto os aspectos relacionados aos valores éticos, morais e pessoais que conduzem à responsabilidade profissional vinculados à dignidade e experiência pessoal.

## **5.2 Autonomia e vulnerabilidade: discutindo os resultados**

Exercer a profissão de enfermagem imprime um constante refletir sobre suas ações e conseqüências no processo de cuidar. Kletemberg; Mantovani e Lacerda (2004, p. 94) apresentam que as mudanças na academia e na prática da assistência trazendo um olhar humanista e existencialista no “ser cuidado”, foi decorrente das modificações ocorridas desde a visão cartesiana e biomédica até as novas idéias da filosofia.

A tecnologia e o capitalismo impuseram a produção como forma de resultado, pressionando os “profissionais da equipe de Enfermagem para a destreza no manuseio dos equipamentos, advindo as especializações na área

e a produção com baixos salários e jornadas de trabalho estafantes.” (KLETEMBERG; MANTOVANI; LACERDA, 2004, p. 94).

As autoras ao refletirem sobre as dificuldades dos profissionais em modificarem seu processo de trabalho pontuam:

Estes fatos talvez expliquem, embora não justifiquem, a resistência dos profissionais em modificar seu fazer cotidiano, tecnicista e fragmentado. A falta de tempo disponível também é a principal justificativa para a não incorporação de uma metodologia de assistência que traga subsídios científicos e visibilidade profissional. (KLETEMBERG; MANTOVANI; LACERDA, 2004, p. 94).

Desta forma, tratar das questões que buscam respostas sobre a atuação profissional da enfermagem e em especial do enfermeiro para um processo de mudança, requer uma análise histórica da trajetória da enfermagem.

Bustamante-Edquém e Santos (2004, p. 58) lembram que a origem da enfermagem está “no cuidado socialmente construído que tem tido a espécie humana em toda sua trajetória evolutiva.” A evolução da profissão tem Florence Nightingale como marco de desenvolvimento, mas que “ainda está caminhando na definição das características e dos critérios para se constituir em uma ciência do cuidado humano.”

Nesta evolução histórica, o enfermeiro se encontra diante da ciência de enfermagem e de uma prática do saber-fazer o cuidado, buscando através de uma metodologia científica construir o seu papel social. A sistematização da assistência de enfermagem ou o processo de enfermagem, como métodos científicos, estão incorporados na formação e na Lei do Exercício Profissional.

No entanto, a SAE representa um desafio para o enfermeiro, instituição e principalmente gerência de enfermagem, requerendo trabalho integrado e compartilhado, em uma trajetória a ser diariamente construída, em busca da excelência no atendimento ao paciente.

Um aspecto importante a discutir está na importância da SAE e seu valor para a profissão permitindo entender como o processo se dá no cotidiano do trabalho de enfermagem.

O valor de uma profissão está no papel que exerce na sociedade. Oliveira (2002, p. 27) refere que no trabalho o ser humano busca não somente o necessário para sua sobrevivência, “mas a realização dos seus sonhos,

através do recebimento de um salário que não somente lhe permita comer, vestir-se, mas que lhe permite também ter prazer e conforto em sua classe social.”

O autor completa sua visão desta relação do ser humano no mundo do trabalho e valor que aplica, ao descrever: “um homem só é completo quando sente que o seu trabalho não é somente útil para ele, mas também para a sua família e para a sociedade.” (OLIVEIRA, 2002, p. 27).

Neste olhar, entendemos que a atuação de um profissional em sua trajetória de formação e trabalho possui um importante significado e traça um caminho para resultados pessoais e sociais.

A enfermagem enquanto profissão do cuidado estabelece uma relação de compromisso social, mas busca igualmente a valorização do seu trabalho. Conforme alguns autores dos artigos analisados, a sistematização da assistência de enfermagem pode ser um método que organiza o trabalho e favorece estes resultados, trazendo um benefício para o paciente, para a profissão e para a instituição.

O benefício para o paciente, o benefício para a profissão e o benéfico para a instituição, representaram em nossos resultados a categoria Benefícios associados à prática da SAE. Apontam questões que trazem para reflexão a importância da prática da implantação/implementação da SAE, que são apresentadas na literatura de enfermagem e identificados nos artigos analisados neste estudo.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem está vinculada à intencionalidade do profissional enfermeiro, em atuar, com o compromisso de uma prática profissional voltada para o atendimento às necessidades de saúde da população.

Neste sentido, destacamos Barros e Chiesa (2007) que apresentam uma visão sobre a SAE que insere este papel em saúde por parte do enfermeiro:

A sistematização da assistência se faz necessária para a avaliação crítica da pertinência e relevância do trabalho de enfermagem frente ao atendimento das necessidades de saúde. Busca-se tomar como objeto do processo de trabalho em saúde, as necessidades e intervenções específicas da profissão, na assistência e no cuidado dos indivíduos, famílias e grupos sociais. (BARROS; CHIESA, 2007, p. 797).

Uma atenção no referencial teórico deste trabalho, trata da questão da promoção da saúde reforçada por Chiesa et al. (2007), ao discutir a responsabilidade cidadã e o compromisso firmado no SUS com participação da sociedade.

O benefício para o paciente pode ser inserido neste contexto, pois ao exercer a profissão com o compromisso em assistir ao outro em sua integralidade, que é uma prerrogativa da SAE, está permitindo o respeito à individualidade do outro.

Nos artigos analisados, o benefício da SAE tanto para o paciente como para a enfermagem é pontuada, a valorização da profissão está caracterizada, mas aponta a necessidade de um olhar mais reflexivo dos enfermeiros em sua aplicabilidade.

Quando os artigos permitiram identificar os benefícios da SAE para a profissão em relação à autonomia, pontua a valorização da implantação de uma metodologia de assistência onde o enfermeiro pode desenvolver um trabalho intelectual, ou seja, ele deixa de atuar no mecanicismo e realiza uma avaliação do paciente, toma decisões sobre a assistência a ser prestada e estabelece um parâmetro de resultado em uma perspectiva de qualidade.

Por outro lado, ocorre o comprometimento com a humanização da assistência e com uma prática que trabalha as questões de saúde da população, inserindo o profissional em seu papel social.

Cunha et al. (2008, p. 101) pontua que a humanização da assistência está nos princípios e valores que norteiam a prática de enfermagem como “compaixão, a ética, o respeito, a generosidade, o comprometimento e a dedicação”.

Permeando estas idéias, aponto Sá, Oliveira (2007, p.13) em cuja concepção a autonomia permite “ao indivíduo escolher as regras que regem sua conduta, pressupõe uma atividade racional do indivíduo, de modo a determinar-se conforme um comportamento estabelecido através de um processo de escolha.” Neste sentido, ao exercitar autonomia está pressuposto a liberdade ou alternativa de escolha.

Diante dos conceitos de autonomia e reflexões apresentados pelos autores neste estudo, a autonomia do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem está no seu agir de forma livre, na tomada de decisão baseado no conhecimento técnico e científico, na responsabilidade

profissional, nas relações interpessoais e institucionais estabelecidas e na conquista do valor da sociedade em seu trabalho.

O enfermeiro ao desenvolver e aplicar a SAE, participa do processo de assistir ao paciente tanto no planejamento da assistência quanto realizando o cuidado. O interesse em realizar as ações com compromisso ético, moral e com responsabilidade, independente dos desafios que o cotidiano impõe na atuação profissional, contribuem para uma prática autônoma.

A autonomia do enfermeiro ao praticar a SAE está no seu papel social, no cuidado que realiza ao paciente, nas orientações que faz para a equipe de enfermagem realizar a assistência, no atendimento à integralidade e individualidade do ser humano e nos resultados verificados pela instituição sobre o seu trabalho.

O benefício para a instituição está no encontro da satisfação dos clientes com os resultados que refletem nos custos hospitalares, que pode permitir diante da política institucional um olhar participativo dos processos de mudança da gestão de enfermagem voltada para a prática da metodologia científica.

Conforme Tronchin, Melleiro, Takahashi (2005, p. 82) pontuam “o alcance da qualidade da assistência à saúde é uma meta que vem sendo almejada por instituições, preocupadas em garantir por meio de suas ações o exercício profissional e de cidadania ao cliente interno e externo.”

Neste sentido, entendemos que a política de recursos humanos e materiais adotados nas instituições de saúde, caminham para a avaliação dos serviços internos e diretamente da atuação dos profissionais, pois conforme as autoras diversos tipos de programas de avaliação ou monitoramento são adotados tendo como objetivos: “melhorar a assistência ao cliente, fortalecer a confiança da clientela, atender às exigências de órgãos financiadores, reduzir custos, e atrair e estimular o envolvimento dos profissionais”. (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005, p. 84)

Arelado a estes aspectos concordamos com as considerações de Feldman (2004, p. 131) que pontua a implementação da sistematização da assistência como “uma das formas de garantir o melhor desempenho profissional e consolidar a excelência no atendimento ao paciente/cliente”.

Outra categoria identificada a qual denominamos Fatores Determinantes para a implantação/Implementação da SAE, permitiu analisar a prática de sua aplicabilidade por vários aspectos, tanto por parte do enfermeiro em sua prática

do cuidado, formação e ensino, assim como no seu trabalho e ambiente institucional, vivenciando a infra-estrutura e política institucional, ao aplicar o processo em todas as suas fases e etapas, compartilhando experiências e trabalhando em equipe.

Um dos Fatores Determinantes que os artigos permitiram identificar e que representa um importante ponto a ser discutido, se refere às Competências do Enfermeiro. Como competência a definição de Boog (1991, p. 14) traz: “Competência é a qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto, fazer determinada coisa; significa capacidade, habilidade, aptidão e idoneidade.” São os valores da pessoa influenciando as suas ações.

Mussak (2003, p. 53) define competência “como a capacidade de resolver problemas e atingir objetivos propostos. Há, portanto, uma ligação, que também já é senso comum, entre competência e resultado.” Complementado suas idéias, considera que o esforço que é aplicado para que uma tarefa seja realizada é inversamente proporcional à capacitação, ou seja, “uma pessoa capacitada (capaz, educada, treinada) atingirá os mesmos resultados que outra pessoa, porém com menos esforço ou com o consumo de menos recurso.”

Cunha e Ximenes Neto (2006) trazem que a equipe de enfermagem por representar um número maior de profissionais nas instituições, possui um papel de destaque e aos enfermeiros cabe a realização de tarefas junto ao cliente, incluindo liderar a equipe de Enfermagem e gerenciar os recursos de informação, os recursos físicos, políticos e financeiros, os recursos materiais e humanos, ao prestar a assistência de enfermagem.

Para a autora a exigência para o enfermeiro exercer seu papel com resultados satisfatórios é ter conhecimento, habilidades e atitudes, gerando como conseqüência competência para executar as atividades que lhe são pertinentes e ao mesmo tempo tornar sua equipe apta para as tarefas que devem ser realizadas. (CUNHA; XIMENES NETO, 2006).

Em sua apresentação ao discutir competência gerencial para o enfermeiro, Helito (2008, p. 148) coloca que “buscar o conhecimento constantemente e reciclá-lo deve fazer parte da evolução profissional do enfermeiro; assim como deve dispor de um ambiente propício para colocá-los em prática.”

Desta forma, entender a aplicação do processo de enfermagem como um comprometimento gerencial próprio do enfermeiro é permitir uma visão do seu papel independente, pois ele gerencia a assistência do paciente sob seus cuidados e enquanto equipe assume o compromisso com os resultados.

De acordo com Freitas, Oliva e Nogueira (2008, p. 129) “o interesse, a predisposição a aprender, a iniciativa relacionam-se à capacidade de o indivíduo buscar aptidões, capacitação, para aprimorar seu conhecimento e aplicá-lo à prática.” Desta forma, o enfermeiro possibilita ampliar suas competências e favorece a aquisição do conhecimento.

Ruthes e Cunha (2007, p. 571) trazem que “a Enfermagem como área de conhecimento e de saber possui um amplo universo que perpassa as técnicas do fazer” finaliza a idéia ao colocar que a partir do momento que o enfermeiro “detem a posse do saber” adquire a liderança para gerenciar a equipe de enfermagem.

Para referenciar o papel gerencial do enfermeiro citamos as autoras Ciampone e Peres (2006) que trazem:

O trabalho de enfermagem como instrumento do processo de trabalho em saúde, subdivide-se ainda em vários processos de trabalho como cuidar/ assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar. Dentre esses, o cuidar e o gerenciar são os processos mais evidenciados no trabalho do enfermeiro.” (CIAMPONE; PERES, 2006, p. 494).

Desta forma, ao destacar Ruthes e Cunha (2007) e Ciampone e Peres (2006) diante das unidades de significado encontradas que permitiram identificar como Fator Determinante Competência do Enfermeiro, algumas reflexões sobre a responsabilidade profissional perante a prática exercida e a integralidade da assistência ao paciente e seus resultados devem ser consideradas. A liderança e o poder fazem parte do processo de gerenciar a assistência e executar o cuidado.

Para pontuar estas questões e trazer para a autonomia do enfermeiro destacamos Gomes e Oliveira (2005, p. 152) ao proporem suas considerações:

[...] comportamentos pessoais eticamente orientados e profissionalmente comprometidos com a enfermagem e com a saúde da população constituem-se como bases importantes para a construção de um saber/fazer autônomo, de uma prática socialmente legitimada pela comunidade-cliente e do aumento

da procura pelos serviços prestados pelos enfermeiros nas diversas instituições de saúde.

Ao discutir o Fator Determinante Formação e Educação Permanente observamos nos artigos analisados a dimensão e importância a ser destinada para o papel das universidades na formação profissional, dos docentes no seu preparo e atualização, da instituição de saúde ao investir em seus profissionais através da educação permanente e dos profissionais no aprimoramento profissional.

Uma importante visão de Peres e Ciampone (2006, p. 496) traduz um dos aspectos a serem considerados no que tange a formação do enfermeiro e seu papel social:

O envolvimento do enfermeiro no processo de educação permanente acontece com a aquisição contínua de habilidades e competências que estejam de acordo com o contexto epidemiológico e com as necessidades dos cenários de saúde, para que resultem em atitudes que gerem mudanças qualitativas no processo de trabalho da enfermagem.

Observamos neste contexto a importância do conhecimento do enfermeiro e de sua participação no processo de formação e aprimoramento. Para completar esta idéia podemos incluir como Nunes (2006) apresenta autonomia enquanto tomada de decisão; “a autonomia tem de reflectir-se em qualquer tomada de decisão, inevitavelmente ligada à capacidade, à nossa obrigação profissional e ao compromisso - e mandato social - que assumimos.”

Fernandes et al. (2008, p. 399) trazem uma importante abordagem que se identifica com as questões trazidas por Peres e Ciampone (2006), pois retratam a questão da participação do aluno no processo de formação e do profissional na continuidade de uma formação que não se encerra na graduação:

A mudança na educação em enfermagem implica, pois, na autonomia dos seus sujeitos para definir estratégias para a articulação entre teoria e prática, para a diversificação dos cenários de aprendizagem, para a articulação da pesquisa com o ensino e com a extensão, para a adoção de metodologias ativas, para a flexibilização curricular e para a apreensão do aluno como sujeito do seu processo de formação.

Ao mesmo tempo as questões da formação são discutidas no trabalho de Gonçalves et al. (2007), que trazem uma importante questão apontando um caminho de trajetória para profissão. Ao desenvolver um trabalho de pesquisa junto a discentes no processo de implantação da SAE, retrataram que enquanto aprendizes estabelecem um vínculo com uma experiência cujos resultados positivos poderão permitir aos futuros enfermeiros o entendimento de que é uma proposta importante para a profissão.

Ao discutir o Fator Determinante Registro e uso de Instrumentos destacamos Garcia e Nóbrega (2000) que ao descreverem que a Enfermagem ao não valorizar o registro sistemático das fases do processo “pode resultar, por um lado, em ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional; por outro lado, o que é talvez mais sério, em ausência ou dificuldade de avaliação de sua prática”, chamando a atenção sobre o valor que os profissionais de enfermagem aplicam ao seu trabalho.

Para discussão o trecho a seguir do artigo de Gonçalves et al. (2007) traduz a importância da formação do enfermeiro nesta metodologia, mas ressalta a realidade observada da prática profissional.

As dificuldades que emergiram na implementação da SAE não diferiram das encontradas em pesquisa acerca da temática, as quais mostram que a insuficiência de enfermeiras, a pouca aceitação do pessoal de enfermagem do nível médio e a complexidade das fases do processo de enfermagem levaram os acadêmicos a deixarem de executá-las quando se tornavam profissionais. (GONÇALVES et al., 2007, p. 463).

Ao pesquisar estudos em Instituições renomadas com objetivo de exemplificar as dificuldades apontadas, destaco Pagano et al. (2002) que relata em sua pesquisa que na avaliação da sistematização dos cuidados de enfermagem oferecidos aos pacientes submetidos a cateterismo ou angioplastia coronária, encontraram resultados onde os registros não foram realizados de forma satisfatória.

O artigo de Lima e Kurcgant (2006) analisado neste trabalho, faz referência à estratégia adotada no Hospital Universitário para a implantação da SAE na instituição e seus resultados, mas sinaliza as dificuldades no decorrer do processo que exigem constante investimento na equipe.

Em seus estudos Lima e Kurcgant (2006) mencionam que:

Há mais de duas décadas o Departamento de Enfermagem (DE) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) fundamenta sua prática assistencial no processo de enfermagem, proposto por Horta (1) e no conceito de Autocuidado de Orem, que visa a satisfação das necessidades individuais e específicas do paciente/cliente e o desenvolvimento do potencial dos indivíduos para o autocuidado. (LIMA; KURCGANT, 2006, p.112).

Conforme nosso referencial teórico as teorias de enfermagem devem nortear o processo de enfermagem, pois embasam as ações de enfermagem ao desenvolver o processo de pensamento crítico e favorecer o raciocínio clínico do enfermeiro.

Os autores relatam que implementaram o modelo assistencial que foi denominado Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE), com objetivo de aplicar o processo de enfermagem utilizando as fases do Histórico, Evolução e Prescrição de Enfermagem, permitindo aos enfermeiros do Departamento de Enfermagem desenvolver “como um importante instrumento norteador da assistência, do ensino e da pesquisa.” Destacam a importância em atuar nas dificuldades que requerem mudanças nos processos para obterem os resultados esperados que retratam a otimização do cuidado e as questões das ações educativas da profissão.

Os autores descrevem:

Ao longo destes anos é inegável o sucesso e a eficácia deste modelo assistencial que tem a qualidade como elemento norteador. No entanto, os enfermeiros vêm apontando dificuldades que encontram no desenvolvimento desse modelo e a necessidade de mudanças que agilizem o processo de trabalho e otimizem, cada vez mais, a qualidade das suas ações cuidativas e educativas. (LIMA; KURCGANT, 2006, p. 112).

No Fator Determinante Aspectos Institucionais diversos aspectos foram apontados entre eles a discussão da falta de recursos humanos. Por sua vez, alguns serviços desfrutaram de possibilidades em seu quadro de pessoal que possibilita a execução do processo conforme Marques e Carvalho (2005) identificaram que em termos de recursos humanos, “a relação entre o número de enfermeiros da equipe e o número de leitos do CTI foi considerada

suficiente para a realização do trabalho. Além disso, o acadêmico de enfermagem no setor também é vista como um agente facilitador.” Os autores apontaram a contribuição da academia na realização do processo.

A influência da política institucional na organização do trabalho de enfermagem insere os desafios do enfermeiro em exercer suas atividades profissionais exigidas na Lei do Exercício profissional diante das condições e cotidiano de trabalho.

Alguns artigos apontaram as questões de alta de pessoal, rotatividade de paciente, atividades burocráticas que o enfermeiro assume na unidade como fatores que dificultam a realização do processo de enfermagem. No entanto, nos artigos analisados não houve uma maior discussão sobre as questões da política de saúde e modelo de gestão adotado no país, que traga uma maior reflexão neste sentido.

Convém destacar os usuários do SUS que diante de situações vivenciadas no atendimento se encontram sem possibilidades de discutir ou modificar a realidade vivenciada por falhas no sistema. Um dos temas identificados na literatura é a hospitalização. Bellato e Pereira (2005) destacam que fatores como agravos à saúde, burocracia do sistema principalmente em hospital de ensino, ocorrência de infecção hospitalar, falta de equipamentos, que “contribuem para que as pessoas permaneçam internadas mais tempo que o necessário.” Por outro lado, a falta de leitos hospitalares representa um fator importante a ser discutido.

Isto configura um retrato perverso que se justifica, em última instância, pela baixa capacidade de organização e reinvidicação dos usuários do serviço estudado, fato que nos parece estar estreitamente relacionado a uma também baixa sensibilidade por parte dos profissionais de saúde no sentido de melhorar a qualidade de atendimento às necessidades de saúde dos usuários. (BELLATO; PEREIRA, 2005, p. 20).

Enquanto profissionais de enfermagem estamos inseridos neste contexto no que diz respeito à sensibilidade e responsabilidade para uma assistência de qualidade, oportunizando discussões e propostas que possam contribuir para mudanças na organização institucional.

Neste sentido, podemos citar Barchifontaine (2006, p. 87) ao regatar a proposta de Humanização no Programa de Saúde da Família, trazendo para o

enfoque da humanização voltada para atenção integral do indivíduo e família, “por meio de ações de equipe multidisciplinares desenvolvidas nos âmbitos da Unidade de saúde, do domicílio e na própria comunidade.”

Ao fazer esta reflexão podemos inferir que o enfermeiro participa desse processo de vulnerabilidade do sistema de saúde, do paciente e da família, por não exercer as atividades pertinentes ao exercício profissional.

O Fator Determinante para a Implantação/Implementação da SAE Compartilhamento – Construção Coletiva destacou estratégias para a aplicabilidade do processo e capacitação profissional, afirmando que a construção parte tanto da instituição, gerência, universidade, docentes, discentes, tendo como principal envolvido no processo o próprio enfermeiro.

Consideramos importante trazer uma análise de Kurcgant; Massarolo (2005, p. 34) que reflete a discussão desta idéia. As autoras consideram que a dimensão técnico-científica é um valor e deve ser considerado nas instituições de saúde. “Esse valor é compatível com a valorização que o mundo atual atribui ao conhecimento científico, a saberes específicos, e ao desenvolvimento e apropriação de novas tecnologias.” Complementam que são valorizadas pelos profissionais e instituições, propostas que visem a capacitação e atualização técnico-científica realizadas pela instituição ou grupos.

Ao compartilhar conhecimento sobre a SAE através de projetos ou programas específicos o enfermeiro, a gerência, a educação continuada, a instituição e a equipe proporcionam o desenvolvimento profissional traduzindo no avanço do processo, gerando um valor que se agrega aos resultados da assistência, promovendo a autonomia do enfermeiro.

Estas idéias são compartilhadas por Nunes (2006, p. 11) que descreve:

A formação desenvolve-se em torno das respostas às necessidades de aperfeiçoamento e de desenvolvimento dos profissionais – para que estes prestem desenvolvam a qualidade e a segurança dos cuidados.

A prestação de cuidados, como o próprio nome indica, centra-se no cuidado a uma pessoa. E aqui, a centralidade do centro da nossa preocupação é mesmo a pessoa que temos ao nosso encargo e que nos comprometemos cuidar.

Fernandes et al. (2009, p. 400) ao estudarem a formação do enfermeiro discutem a dimensão ética do fazer e a educação enquanto capacidade de aprender e desenvolver competências. Apresentam um importante aspecto: “A

universalização dessas ações educativas, por sua vez, vem exigir solidariedade como valor universal à subsistência individual e coletiva, através da responsabilidade e interesse recíprocos.” Traz para reflexão um importante valor para a enfermagem a solidariedade e conclui sua idéia: “Solidário é, portanto, aquele para quem a vida não é apenas co-existência com os outros, mas uma verdadeira convivência, um viver com e para os outros.”

Os fatores que contribuem para a implantação/implementação do processo como a conscientização da equipe e envolvimento do enfermeiro, vão de encontro com a discussão de Mendes e Bastos (2003) cujo estudo revelou que:

A análise temática proporcionou oportunidades de refletir e desvendar o conceito para uma atividade ainda nebulosa e reticente no palco da enfermagem brasileira, no sentido de levar os atores – enfermeiros a uma nova perspectiva de compreensão e ação, realinhando a enfermagem dentro de sua missão maior que é o cuidar-cuidado. (MENDES; BASTOS, 2003, p.).

Executar a SAE requer que os profissionais de enfermagem e principalmente os enfermeiros redescubram o seu papel junto ao paciente. Neste sentido, Kletemberg; Mantovani e Lacerda (2004, p. 95) trazem que “a não utilização do Processo de Enfermagem pelos profissionais, segundo Thofehr (1999), deve-se ao distanciamento muito grande entre o pensar e o fazer, entre teoria e prática” que segundo os autores é reflexo principalmente de uma não preocupação com a qualidade da assistência, mas sim envolta à “demanda do serviço.”

Diante destas duas visões que se complementam, facilitar a implantação/implementação do Processo de Enfermagem além da conscientização da equipe e envolvimento do enfermeiro requer trabalhar com estratégias providas de um planejamento elaborado que permita participação da equipe, construção de instrumentos e aplicação das etapas embasadas nas Teorias de Enfermagem. O apoio institucional e da gerência, para o preparo dos profissionais e o uso da tecnologia da informática podem facilitar o trabalho do enfermeiro permitindo sua adesão ao processo.

A equipe de enfermagem em seu trabalho ininterrupto e realização de tarefas simultaneamente conduzem a um “desgaste na equipe e riscos para a assistência de enfermagem.” Segundo Cunha et al. (2008, p. 22) as atividades

não estão sendo executadas, sendo a falta de tempo responsabilizada pela equipe, que finaliza o plantão com “a sensação de que pode ter deixado de realizar tarefas importantes”, sendo considerado um fator de stress pelos profissionais de enfermagem.

O enfermeiro muitas vezes se encontra diante de uma prática voltada para a burocracia em sua rotina diária, incorporando atividades de forma mecanizada, com perda de estímulo ou desmotivado, associado à falta de comprometimento, permitindo que o desvio de função percorra o seu dia de trabalho, portanto sua responsabilidade perante a SAE é fundamental.

Complementando as idéias de Cunha et al. (2008) descrevemos um trecho importante para futuras discussões:

Ao deixar o trabalho, é comum a equipe de enfermagem pensar no que não foi possível atender por falta de tempo. A falta de tempo dificulta a colaboração entre profissionais da equipe de enfermagem. Nem sempre é possível fazer escolhas de bem-estar no cotidiano no processo de trabalho da equipe de enfermagem em função da falta de tempo. O tempo é um recurso precioso e escasso para a equipe de enfermagem nas organizações de saúde. (CUNHA et al., 2008, p.22).

Ao ser discutida a questão dos passos do processo ser fragmentado Freitas; Queiroz; Souza (2007) discordam que excesso de tarefas e pacientes impeçam a não realização do processo, pois ao evoluir o enfermeiro realiza “anamnese e exame físico, mesmo segmentado, ou seja, após avaliação do estado geral do paciente. Desse registro devem constar os problemas a serem abordados nas 24 horas subseqüentes”, permitindo um questionar sobre forma de atuação do enfermeiro em sua rotina e organização do serviço.

Trazemos para reflexão Fuly; Leite; Lima (2008, p. 886), apresentam que os trabalhos de pesquisa apontam para o crescimento de implantação e implementação de uma metodologia da assistência, no entanto, carecem “de uma maior articulação teórico-prática a fim de que a SAE seja encarda como elemento fortalecedor da identidade profissional.”

Diante dos resultados e discussão do presente estudo e das idéias dos autores nos referenciais apresentados, entendemos que dois contrapontos parecem estar estabelecidos: o fazer a enfermagem centrada em um cuidar do ser humano alinhado com uma metodologia científica, mas incluído com esta

visão do humano existencial e filosófico permeando as ações dos profissionais, ou por outro lado, o trabalho fragmentado e reducionista, pontuados pelos autores dos artigos analisados que permitiram identificar unidades de significado que delineiam este olhar.

Estes apontamentos revertem ao tema que este trabalho se propõe, que trata do reconhecimento das questões da autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro no processo de implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Ao considerarmos o tema autonomia, autonomia profissional e vulnerabilidade, unidades de significado encontradas nos resultados, permitiram identificar como estes refletem para o enfermeiro na sua prática da sistematização da assistência de enfermagem.

Para suscitar questionamentos sobre esta prática profissional, cito inicialmente Anjos (2006, p. 184) que coloca: “o reconhecimento da própria vulnerabilidade é ponto de partida para uma construção maior. Possibilita o encontro construtivo com o outro e os passos de superação das próprias fragilidades.” Traduzir esta descrição para a atuação do enfermeiro permite o entendimento de que a construção da prática da SAE está no reconhecer as questões da vulnerabilidade que determinam a sua aplicabilidade.

Para deixar um questionamento inserimos o pensar de Backes et al. (2008) que coloca uma importante visão sobre a atuação do enfermeiro:

Além do fazer e/ou executar rotineiro, é preciso que o enfermeiro reflita sobre a sua prática profissional, para que esta não se torne uma ação mecanizada, desprovida de vida e sentido. O fazer pelo fazer desmotiva e desestimula e, com o tempo, favorece o comodismo e a acomodação profissional. (BACKES et al., 2008, p. 324).

Os Fatores Determinantes identificados em nossos resultados permitiram após estas reflexões pontuar que a autonomia está na realização da prática da SAE e deve ser estimulada na formação, continuada no ensino de especialização e aprimoramento, na pesquisa, na capacitação e educação permanente nas instituições; inserida no desenvolvimento de competências dos enfermeiros; utilizada como estratégia política de resultados; na discussão e construção em equipe.

A vulnerabilidade está em uma prática mecanizada, que não valoriza o processo de enfermagem, mas ao mesmo tempo pode estar no não compromisso, no não envolvimento do enfermeiro em executar a SAE, que depende sua dedicação, seu empenho em estudar, em se capacitar e atuar com conhecimento.

Ao identificar estas unidades de significado e construção das categorias Benefícios para a Prática da SAE e Fatores Determinantes para Implantação/Implementação da SAE, apresentamos uma reflexão sobre alguns aspectos que acreditamos permitem o entendimento sobre a autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro diante da prática da implantação e implementação da SAE.

**6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo se propôs a reconhecer as questões relativas à autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro no processo de implantação e implementação da SAE em publicações científicas da área.

A análise dos artigos selecionados, de acordo com a metodologia proposta e a leitura dos trabalhos nesta área do saber de enfermagem, permitiram ampliar as discussões sobre o tema. Após as reflexões apresentadas para responder ao objetivo do presente estudo, temos a sensação de que o trabalho deve ser continuado, pois realizar uma reflexão sobre as ações profissionais de enfermagem sempre abrem novos temas a serem analisados. A leitura de textos e idéias dos diversos autores veio acompanhada de novas perguntas.

A implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem representam para o enfermeiro um caminho de autonomia e vulnerabilidade ou talvez, autonomia-vulnerabilidade, que requerem mais do que uma discussão da prática da SAE, mas das diversas questões que envolvem o fazer e o saber enfermagem.

Podemos afirmar que a SAE é um caminho de autonomia para a profissão por representar uma metodologia de assistência reconhecida pelos enfermeiros, por permitir uma aproximação do enfermeiro junto ao paciente, tanto no momento da sua elaboração quanto na prestação do cuidado, sua maior competência; por exigir conhecimento científico, responsabilidade profissional e compromisso com o exercício profissional.

Entendemos também que a SAE representa a vulnerabilidade do enfermeiro e por consequência da profissão, quando o profissional permite que fatores internos e externos interfiram no processo. Como fatores internos as questões do desconhecimento associado ao não envolvimento, não compromisso, não valorização de sua execução na prática ou na valorização do processo no momento de sua formação. Como fatores externos as justificativas da não realização representam um fator importante, mas que ao serem trabalhadas junto à instituição podem refletir em novos resultados, pois ao mesmo tempo em que dependem do profissional ao conquistar e assumir o seu papel junto à assistência sofre interferência e dependência da organização do trabalho.

Estas questões devem ser retomadas e estudadas com mais profundidade, pois em cada uma das categorias e suas unidades de significado, importantes aspectos ainda devem ser explorados, para fornecer à profissão elementos que contribuam para a continuidade de sua trajetória histórica enquanto ciência do cuidar/cuidado.

Assim como as diversas áreas de atuação no setor saúde, a enfermagem assume o seu papel ao estabelecer metas para alcance de resultados, ao rever todos os seus processos de trabalho incluindo a metodologia de assistência de enfermagem estabelecida.

Ao avaliar o seu papel na sociedade e perante sua atuação nas instituições de saúde, seja no serviço público ou privado; nas instituições hospitalares, no serviço de atenção básica ou domiciliar; na assistência ao paciente, na atuação no ensino ou na pesquisa, em órgãos de classe ou na participação política, o enfermeiro deve ter como compromisso o desenvolvimento da profissão.

O enfermeiro está em meio a novos paradigmas e em sintonia com mudanças para uma atuação junto ao paciente e sociedade. As questões aqui pontuadas e descritas pelos autores analisados permitiram entender este processo, não como uma forma negativa ou prejudicial de expor as dúvidas e anseios da profissão, mas como uma forma de refletir sobre uma prática científica que contribua para o desenvolvimento da profissão.

As expectativas e as certezas do caminho a seguir, os conflitos internos e coletivos dos profissionais, os encontros e desencontros com a autonomia da profissão despertam as questões que implicam na vulnerabilidade, alinhados com o contexto atual e contexto do futuro da profissão.

Diversas questões foram pontuadas mas não devemos deixar de destacar os valores e crenças que norteiam a profissão que possui na convivência com o outro o seu maior compromisso, nos valores e crenças que fazem parte do ser enfermeiro e que conduzem o seu trabalho e a sua forma de fazer a enfermagem.

Nesta construção do saber e saber/fazer, o enfermeiro está diante de um processo. Um processo que modifica comportamento e estabelece novas responsabilidades. Devemos entender o patamar que a profissão pode atingir, não pelas relações de poder, mas pela relação das possibilidades do

reconhecimento do seu trabalho e da assistência que pode promover ao paciente.

No cuidar/cuidado está a essência da profissão. E este cuidar/cuidado pode e deve ser resgatado ao executar uma metodologia da assistência pautada no conhecimento e na ciência da profissão.

Tudo faz parte ainda da trajetória histórica da profissão. Esta representa apenas mais uma passagem, que amanhã permitirá aos enfermeiros prosseguir nas suas reflexões e ações. Ações como um melhor caminho para a profissão.

**REFERÊNCIAS**

---

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Maria Clara; BUSHATSKY, Magaly. Princípio da autonomia: do conhecimento à práxis na Oncologia Pediátrica. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, ano 29, v. 29, n.3, p. 345- 352. jul./set. 2005.
- ALFARO-LEFREVE, Rosalinda. **Aplicação do processo de enfermagem**: um guia passo a passo. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- ALONSO, Augusto Hortal. **Ética das profissões**. São Paulo: Loyola, 2006.
- ALVES, Valdecyr Herdy; SOUZA, Ivis Emilia de O.; WERNECK, Vera. Ensaio sobre os valores e o processo de Enfermagem. **Enfermagem atual**, Rio de Janeiro, ano 2, v. 2, n. 9, p. 14-18, mai. /jun. 2002.
- ANDRADE, Joseilze Santos de, VIEIRA, Maria Jésia. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 58, n. 3, p. 261-265, maio/jun., 2005.
- ANJOS, Márcio Fabri dos. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. **Revista Brasileira de Bioética**. SBB, v. 2, n. 2, p. 173-186, 2006.
- AQUINO, Daise Ribeiro; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. Construção da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, p. 60-70, 2004.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS**: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2002.
- BACKES, Dirce Stein; SCHWARTZ, Eda. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.4, n.2, p. 182-188, maio/ago. 2005.
- BACKES, Dirce Stein et al. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. **Acta Sci. Health Sci**. Maringá, v. 27, n. 1, p. 25-29, 2005.
- BAJAY, Helena Maria et al. Uma estratégia para integração entre enfermeiros docentes e assistenciais. **Nursing**, São Paulo, Ano 5, n. 45, p. 24-29, fev. 2002.
- BALSANELLI, Alexandre Pazetto et al. **Competências gerenciais: desafio para o enfermeiro**. São Paulo: Martinari, 2008.
- BAPTISTA, Makilin Nunes; CAMPOS, Dinael Corrêa de. **Metodologias de pesquisa em ciências**: análises quantitativa e qualitativa. Rio de Janeiro: LTC, 2007.
- BARCIFICONTAINE, Christian de Paul de. **Bioética e início da vida**: alguns desafios. SP: Idéias e Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2004.
- BARCIFICONTAINE, Christian de Paul de. **Saúde pública, bioética e Bíblia**: sejamos profetas! São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Paulus, 2006.

- BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Vulnerabilidade e cuidados. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone (Org.). **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. Aparecida, SP: Idéias & Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.
- BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone (Org.). **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. Aparecida, SP: Idéias & Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. ed. rev. atual. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BARROS, Alba Lúcia Botura Leite de; FAKIH, Flávio Trevisani; MICHEL, Jeanne Liliane Marlene. O uso do computador como ferramenta para a implementação do processo de enfermagem – a experiência do Hospital São Paulo/UNIFESP. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 55, n. 6, p. 714-719, nov./dez. 2002.
- BARROS, Débora Gomes; CHIESA, Anna Maria. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de enfermagem no olhar da saúde pública. *Revista Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 41, n. Esp. , p. 793-8, 2007.
- BOOF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- BOOG, Gustavo G., **O desafio da competência**. São Paulo: Editora Best Seller, 1991.
- BRANDALIZE, Daniele Laís; KALINOWSKI, Carmen Elisabeth. Processo de Enfermagem: vivência na implantação da fase de diagnóstico. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 10, n. 3, p. 53-7, set./dez. 2005.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Imprensa Oficial do Estado S. A. IMESP, São Paulo, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **História da saúde no Brasil**. 2003. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/>>. Acesso em: 10 jan. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS**. 2008. Disponível em:<<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 24 jul. 2008.
- BELLATO, Roseny; PEREIRA, Wilza Rocha. Direitos e vulnerabilidade: noções a serem exploradas para uma nova abordagem ética na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 14, n. 1, p. 17-24, jan./mar., 2005.
- BERSUSA, Ana Aparecida Sanches; ALY, Cecília Maria Castex; ROCHA, Maria Silvéria. Sistematização de assistência de enfermagem (SAE) nos Hospitais Estaduais da Grande São Paulo – Um diagnóstico possível. **Revista Técnica Científica de Enfermagem RECENF**. v. 6, n. 19, p. 161-175, 2008.
- BUSTAMANTE-ÉDQUÉN, Sebastián; SANTOS, Rosângela da Silva. A arte de cuidar em enfermagem. **Família Saúde Desenvolvimento**. V.6, n. 1, p. 57-64, jan./abr., 2004.

CANHADA, Carlos Luís Benites. O entendimento dos responsáveis técnicos de enfermagem sobre a aplicação da Bioética na prática profissional. 2007. 125f. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2007.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. 14. ed. São Paulo: Cultrix, 1995.

CARPENITO, Lynda Juall. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 8.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CHIESA, Anna Maria et al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.12, n. 2 p.236-40, abr./jun. 2007.

CIANCIARULLO, Tamara Iwanow et al. **Sistema de assistência de enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.

CIANCIARULLO, Tamara Iwanow et al. **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 2000.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil**: política e organizações de serviços. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais ....** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL, Lei 2.604 de 17 de setembro de 1955 que trata do exercício de enfermagem em todo o território nacional. Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/legislacao/leis/l2604.htm>> Acesso em: 29 maio 2009.

BRASIL, Lei nº. 3780/60 Dispõe sobre a Classificação de Cargos do Serviço Civil do Poder Executivo, estabelece os vencimentos correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/128693/lei-3780-60>> Acesso em: 29 maio 2009.

COREN – Conselho Regional de Enfermagem - SP. **Publicação oficial bimestral**, São Paulo, n. 26 jan./fev. 2000.

CORTINA, Adela; MARTÍNEZ, Emilio. **Ética**. São Paulo: Loyola, 2005.

COSTA, Sérgio Ibiapina F.; COSTA, Maurício Ribeiro. A ética profissional e a rapidez dos avanços tecnológicos. In: GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leo (Org.). **Bioética**: poder e injustiça. São Paulo: Loyola, 2003.

CROSSETTI, Maria da Graça de Oliveira et al. O uso do computador como ferramenta para implementação do processo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 55, n. 6, p. 705-708, nov./dez. 2002.

CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm; XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães. Competências Gerenciais: um novo velho desafio? **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 479-82, jul./set. 2006.

CUNHA, Káthia de Carvalho (Coord.) **Gestão de pessoas: foco na enfermagem atual**. São Paulo: Martinari, 2008.

CUNHA, Sandra Maria Botelho da, BARROS, Alba Lúcia Botura Leite. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 58, n. 5, p. 568-572, set./out. 2005.

COREN-SP. **Publicação Oficial Bimestral**. São Paulo, N.º 26, jan.fev. , 2000.

COREN\_SP. RESOLUÇÃO COFEN 240/2000. **Publicação Oficial Bimestral**. São Paulo, N.º 26, jan.fev. , 2000.

COREN-SP. **Documentos Básicos de Enfermagem**: princípios leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. São Paulo: Escrituras Editora e Distribuidora de Livros, 2001.

COREN-SP. DECRETO Nº. 94.406 **Documentos Básicos de Enfermagem**: princípios leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. São Paulo: Escrituras Editora e Distribuidora de Livros, 2001.

COREN-SP. RESOLUÇÃO COFEN 311/2007 aprova a Reformulação do Código de Ética de Enfermagem, que entra em vigor à partir de 12 de maio de 2007.

Disponível em <<http://www.portalcofen.gov.br/2007>> Acesso em: 22 out. 2008

COREN-SP. Resolução COFEN Nº 272/2002. Dispõe sobre a sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras Disponível em < <http://www.coren-sp.gov.br/>> Acesso em: 22 out. 2008

DE SANTI, Maria Célia. Enfermagem e didática: a dimensão humanista na construção do saber fazer. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n.2, p.12-15, 1996.

DICIONÁRIO, Houaiss de Língua Portuguesa. Instituto Antonio Houaiss. Rio de Janeiro: Editora Objetiva Ltda, 2001.

DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances. **Diagnóstico e intervenção em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

DUARTE, Marli Teresinha Cassamassimo; AYRES, Jairo Aparecido; SIMONETTI, Janete Passuto. Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61. p. 767-773, nov. 2008

DURAND, Guy. **Introdução geral à bioética**: história, conceitos e instrumentos. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2003.

ELLIS, Janice Rider; HARTLEY, Celia Love. **Enfermagem contemporânea**: desafios, questões e tendências. 5. ed. Porto alegre: Artmed, 1998.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini et al. Educação em bioética: desafios para a formação crítico-criativa dos profissionais de enfermagem. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 29, v. 29, n.3, jul./set, 2005.

ÉVORA, Yolanda Dora Martinez; DALRI, Maria Célia Barcellos. O uso do computador como ferramenta para a implantação do processo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 55, n. 6, p. 709-713, nov./dez. 2002.

FARIAS, Deborah Elaine Caristo Santiago de. **A nova gestão hospitalar: uma reflexão bioética sobre o exercício profissional do enfermeiro**. 2007 147f. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2007.

FELDMAN, Liliane Bauer. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde: critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação**. São Paulo: L. B. Feldman; Martinari, 2004.

FERNANDES, Josicélia Dumê et al. Dimensão ética do fazer cotidiano no processo de formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 42, n. 2. São Paulo, p. 396-403, jun. 2008.

FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. **Para fundamentar a bioética: teoria e paradigmas teóricos na bioética contemporânea**. São Paulo: Loyola, 2005.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone (Org.). **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2003.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente - estudo de casos**. São Paulo: EPU, 1998.

FREITAS, Maria Célia de; QUEIROZ, Terezinha Almeida; SOUZA, Jacy Aurélio Vieira de. O processo de enfermagem sob a ótica das enfermeiras de um maternidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 207-212, mar./abr. 2007.

FREITAS LOPES, Consuelo Helena de; CHAGAS Natália Rocha; JORGE, Maria Salete Bessa. O princípio bioético da autonomia na perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 28, n. 2, p. 266- 273, 2007.

FREITAS, João Batista de; OLIVA, Maria da Penha Monteiro; NOGUEIRA, Valnice de Oliveira. Aquisição do conhecimento. In: BALSANELLI, Alexandre Pazzetto et al. **Competências gerenciais: desafio para o enfermeiro**. São Paulo: Martinari, p. 121-130, 2008.

FULY, Patrícia dos santos Claro; LEITE, Joséte Luzia; LIMA, Suzinara Beatriz Soares. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 61, n. 6, p. 883-887, nov./dez. 2008.

GAIDZINSKI, Raquel Rapone et al. **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Sistematização da Assistência de Enfermagem: reflexões sobre o processo. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM**, 52, 2000, Olinda-PE. *Anais...* Recife: Associação Brasileira de Enfermagem, 2002. v.1, p.231-243.

GARRAFA, Volnei; KOTTOW, Miguel; SAADA, Alya (Org.). **Bases conceituais da bioética**: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia, 2006.

GARGIULO, Cínthia Aquino et al. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 696-702, out./dez. 2007.

GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GIORDANI, Anney Tojeiro. **Humanização da saúde e do cuidado**. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2008.

GOLDIM, José Roberto. **Bioética e interdisciplinaridade**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/biosubj.htm>>. Acesso em: 11 nov.2008.

GONÇALVES, Lucimar Ramos Ribeiro et al. O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de discentes. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 459-465, set. 2007.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli; OLIVEIRA, Denize Cristina de. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 39, n. 2, p. 145-53, 2005.

GUILHEM, Dirce; SAMPAIO, Mauren Alexandra. imagens das enfermeiras veiculadas pela mídia: uma análise bioética. In: MALAGUTTI, Willian. **Bioética e enfermagem**: controvérsias, desafios e conquistas. Rio de Janeiro: Rubio, 2007. p. 31-45.

HELITO, Renata Almeida Barros. Empreendedorismo. In: BALSANELLI, Alexandre Pazetto; FELDMAN, Liliane Bauer; RUTHES, Rosa Maria; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. **Competências gerenciais**: desafio para o enfermeiro. São Paulo: Martinari, 2008. p.143-149.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira; ARAÚJO, Izilda Esmênia Muglia. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 59, n. 5, p. 675-679, set./out. 2006.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

HOSSNE, William Saad. Bioética - princípios ou referenciais? **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 30, v.30, n.4, p. 676-676, out./dez.2006.

JUNGES, José Roque. Vulnerabilidade e saúde: limites e potencialidades das políticas públicas. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone (Org.). **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. Aparecida, SP: Idéias & Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007. p.139-157.

KAWAMOTO, Emilia Emi, FORTES, Julia Ikeda. **Fundamentos de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1986.

- KLETEMBERG, Denise Faucz; MANTOVANI, Maria de Fátima; LACERDA, Maria Ribeiro. Entre a teoria e as práticas do cuidar: que caminho trilhar? **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 94-99, jan./jun. 2004.
- KLETEMBERG, Denise Faucz; SIQUEIRA, Márcia Dalledone; MANTOVANI, Maria de Fátima. Uma história do processo de enfermagem nas publicações da Revista Brasileira de Enfermagem no período 1960- 1986. **Escola Anna Nery R Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 478-486, Dez. 2006.
- KIPPER, Délio José; OSELKA, Gabriel Wolf; AYER, Reinaldo. Bioética clínica. In: ANJOS, Márcio Fabri, SIQUEIRA, José Eduardo de. **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas**. Aparecida, SP: Idéias & Letras; São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.
- KOERICH, Magda Santos et al. Sistematização da assistência: aproximando o saber acadêmico e o legislar em saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 446-451, out./dez. 2007.
- KUBO, Cristina Hitomi et al. Construção e implementação de ações de enfermagem em ambulatório de gastroenterologia. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, nov./dez. 2003.
- KURCGANT, Paulina (Coord.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: E.P.U. 1991.
- KURCGANT, Paulina (Coord).
- KURCGANT, Paulina; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Cultura e poder nas organizações de saúde. In: Kurcgante (coord.). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 26-36, 2005.
- KURCGANT, Paulina; TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto; MELLEIRO, Marta Maria. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.1, s. 1 jan./mar. 2006.
- LIMA, Antônio Fernandes Costa; KURCGANT, Paulina. Implementação do diagnóstico de enfermagem em um Hospital Universitário: uma experiência participativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 28, n.4, p. 576-581, dez. 2007.
- LIMA, Antônio Fernandes Costa; KURCGANT, Paulina. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 111-6, 2006.
- LIMA, Antônio Fernandes Costa; KURCGANT, Paulina. Meanings of the nursing diagnosis implementation process for nurses at a university hospital. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 666-673 , sept./oct. 2006.
- LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Experiência de implantação do processo de enfermagem utilizando os diagnósticos de enfermagem (taxonomia da NANDA), resultados esperados, intervenções e problemas colaborativos. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 115-118, jul. 2000.

MAIA, Rosemary Francisco; PAVARINI, Sofia Cristina Lost. O processo de enfermagem na psiquiatria: a percepção de enfermeiros de uma instituição de moradia asilar. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 15, n. 4, p. 55-65, out./dez. 2002.

MARQUIS, Bessie L.; HUSTON, Carol J. **Administração e liderança em enfermagem**: teoria e aplicação. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

MARQUES, Lene Valentina Pedrosa; CARVALHO, Daclé Vilma. Sistematização da assistência de enfermagem em centro de tratamento intensivo: percepção das enfermeiras. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 9, n. 3, p. 199-205, jul./set. 2005.

MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. FERNANDES, Maria de Fatiam Braga. Ética e gerenciamento em enfermagem. In: Kurcgante (coord.). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 14-25, 2005.

MATSUDA, Laura Misue et al. Anotações/registros de enfermagem: Instrumentos de comunicação para a qualidade do cuidado? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.8, n.03, p.415-421, 2006.

MENDES, Maria Angélica; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. Processo de Enfermagem: seqüências no cuidar, fazem a diferença. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.56, n. 3, p. 271-276, maio/jun. 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 26. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MOREIRA, Daniel Augusto. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

MOURA, Ana Cláudia Laçalete; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. A consulta de enfermagem na rede básica de saúde: um estudo sob a ótica das enfermeiras. **Revista Enfermagem UFRJ**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p.85-89, maio/ago. 2002.

MUSSAK, Eugenio. **Metacompetência**: uma nova visão do trabalho e da realização pessoal. São Paulo: Editora Gente, 2003.

NEVES, Maria do Céu Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética**, v.2, n.2, p.157-172, 2006.

NEVES, Rinaldo de Souza. Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de horta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 556-559, jul./ago. 2006.

NUNES, Lucília. Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. In: CONGRESSO ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2, 2006 maio 1-12. Lisboa. **O Enfermeiro e o Cidadão: Compromisso d(e) Proximidade**. n. 21, abr. 2006.

OGUISSO, Taka; SCHMIDT, Maria José. **O exercício da enfermagem**: uma abordagem ético-legal. 2.ed. atual. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

OGUISSO, Taka; ZOBOLI, Elma (Org.). **Ética e bioética**: desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri, SP: Manole, 2006.

- OLIVEIRA, Denize Cristina de et al. A política pública de saúde brasileira representação e memória social de profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, jan. 2008.
- OLIVEIRA, Sandra Mara de et al. Elaboração de um instrumento da assistência de enfermagem na unidade de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, p.169-173, 2008
- OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Sociologia das organizações**: uma análise do homem e das empresas no ambiente competitivo. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- PAIM, Rosalda Cruz Nogueira. **Metodologia científica em enfermagem**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1986.
- PAIM, Rosalda Cruz Nogueira. **Problemas de enfermagem e terapia centrada nas necessidades do paciente**. Rio de Janeiro: União dos Cursos Cariocas, 1978.
- PAGANO C. et. al. Sistematização dos cuidados de enfermagem nos pacientes submetidos a cineangiogramas. **I Simpósio Internacional de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein**. “Experiência Profissional e Evidência Científica: a Identidade do Enfermeiro”, 2002.
- PAUL, Charlotte; REEVES, Joan S. Visão geral do processo de enfermagem. In: GEORGE, Julia B. et al. **Teorias de enfermagem**: dos fundamentos à prática profissional. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- PERES, Aida Maris; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-499, jul./set., 2006.
- PESSINI, Leocir. **Bioética**: um grito por dignidade de viver. São Paulo: Paulinas, 2006.
- PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Bioética e saúde**. 2. ed. São Paulo: CEDAS, 1990.
- PICCOLI, Marister; GALVÃO, Cristina Maria. Enfermagem perioperatória: identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 37-43, jul. 2001.
- PIVOTTO, Flavia; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo, LUNARDI, Valeria Lerch. Prescrição de Enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 32-42. 2004.
- POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Disponível em: <<http://internatorural.medicina.ufmg.br/arquivos/mimeo-23p.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2006
- POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem**. 5.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2004.

- ROSSI, Lúcia Aparecida; CASAGRANDE, Lisete Diniz Ribas. O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 39-46, set. 2001.
- RUIZ, Cristiane Regina; TITTANEGRO, Gláucia Rita (Org.). **Bioética: uma diversidade temática**. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2007.
- RUTHES, Rosa Maria; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Contribuições para o conhecimento em gerenciamento de enfermagem sobre gestão por competência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 570- 75, dez. 2007.
- SÁ JUNIOR, Luis Salvador de Miranda. Desconstruindo a definição de saúde. **Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)**, p.15-16 jul./ago./set. de 2004.
- SÁ, Luiza Vieira; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. Autonomia: uma abordagem interdisciplinar. *Saúde, Ética & Justiça*. V. 12, n. 1/2, p. 5-14, 2007.
- SANTOS, Josué Freire; RAMOS, Therezinha A. G. Implementação da Metodologia de Assistência de Enfermagem em UTI(s): como está e quais os fatores intervenientes. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v.11, n. 1, p. 47-61, abr. 1998.
- SEGRE, Marco; SILVA, Franklin Leopoldo ; SCHRAMM, Fermin R. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. **Bioética**, Brasília, v.6, n. 1, p.15-23, 1998.
- SELLI, Lucilda. **Bioética na enfermagem**. São Leopoldo: Unisinos, 1998.
- SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 1996.
- SILVA, Maria Júlia Paes da (Org.). **Qual o tempo do cuidado?** Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2004.
- SILVA, Tatiana Gaffuri da; MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello; TRENTINI, Mercedes. Processo de ensino-aprendizagem para implementação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 3, p. 279-286, jul./ago. 2007.
- SIQUEIRA, José Eduardo de (Org.). **Ética, ciência e responsabilidade**. São Paulo: Loyola, 2005.
- SIVIERO, Ivana Maria Passini Sodré; TOLEDO, Vanessa Pelegrino; FRANCO, Dulce Aparecida Siviero. A motivação do aluno de graduação em enfermagem quanto à implantação do diagnóstico de enfermagem em sua futura prática profissional. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 90-93, maio/ago., 2002.
- SOARES, Clélia Beltrame; CARDOSO, Magali Godoy Pereira. Metodologia de assistência de enfermagem na unidade de tratamento dialítico. **Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR**. Paraná, v. 5, n. 3, p. 249-258, 2001.

SOARES, Lenir Honório; PINELLI, Francisca das Graças Salazar; ABRÃO, Ana Cristina Freitas de Vilhena. Construção de um instrumento de coleta de dados de enfermagem em ginecologia. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 156-164, abr./jun., 2005.

SPERANDIO, Dircelene Jussara; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez. Proposta para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de terapia semi-intensiva. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v.3, n. 1, p. 99-104, jan./abr. 2002.

STEPKE, Fernando Lolas; DRUMOND, José Geraldo de Freitas. **Fundamentos de uma antropologia bioética**: o apropriado, o bom e o justo. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2007.

TAKAHASHI, Alda Akie. **Sistematização da assistência de enfermagem**: dificuldades e facilidades encontradas pelos enfermeiros do Hospital São Paulo para a execução do processo de enfermagem. 2006.179f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

TAKAHASHI, Alda Akie et al. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 32-38, jan./mar. 2008.

TANNURE, Maire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. **SAE, sistematização da assistência de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

THOMAZ, Vanessa Aparecida; GUIDARDELLO, Edinêis de Brito. Sistematização da assistência de enfermagem: problemas identificados pelos enfermeiros. **Nursing**, São Paulo, ano 5, n. 54, p. 28-34, nov. 2002.

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

TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto; MELLEIRO, Marta Maria; TAKAHASHI, Regina Toshie. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: Kurcgante (coord.). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 75-88, 2005.

VALE, Ianê Nogueira do; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. A utilização de classificações na prática e no ensino de enfermagem: a experiência da UNICAMP. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 55, n. 6, p. 670-673, nov./dez. 2002.

VAZ, Ana Francisca et al. Implementação do processo de enfermagem em uma unidade de radioterapia: elaboração de instrumento para registro. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 288-297, maio/jun. 2002.

VIEIRA, Vivian B. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de hanseníase: estudo de caso. **Arquivo Ciência da Saúde**. v. 11, n. 2, p.2-9, abr./jun., 2004.

VOLICH, Rubens Marcelo. O cuidar e o sonhar: por uma outra visão da ação terapêutica e do ato educativo. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 24, v. 24, n.4, p. 237-245 jul./ago. 2000.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

WALDOW, Vera Regina. Atualização do cuidar. **Chia**, Colômbia, ano 8, v. 8, n. 1 p. 85-86 Abr. 2008. Disponível em:  
<<http://cuadernosdemedicina.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/Article/1596>>. Acesso em: 11 nov. 2008.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, ago. 2008. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000400018&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000400018&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 21 nov. 2008.

WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ZANCANARO, Lourenço. Bioética, direitos humanos e vulnerabilidade. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone (Org.). **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. São Paulo: Aparecida, SP; Idéias & Letras; Centro Universitário São Camilo, 2007. p. 139-157.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Bioética e atenção básica**: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família. 2003. 243f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Ética e administração hospitalar**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2002.

ZOBOLI, Elma; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Vulnerabilidade, bioética e a ação em enfermagem em saúde coletiva. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone (Org.). **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. São Paulo: Aparecida, SP; Idéias & Letras; Centro Universitário São Camilo, 2007. p. 139-157.

ZUBEN, Newton Aquiles Von. Vulnerabilidade e decisão: tensão no pacto médico. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone (Org.). **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. São Paulo: Aparecida, SP; Idéias & Letras; Centro Universitário São Camilo, 2007. p. 139-157.

# 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](#)