



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**SISTEMÁTICA DO PROCESSO DE CUIDAR DE ENFERMEIRAS:
MOSTRANDO UM MODO DE FAZER**

LINHA DE PESQUISA

O COTIDIANO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

**Mestranda: Dorvalina Catarina Lima Silva
Orientadora: Prof^a Dr^a Teresa Tonini**

**RIO DE JANEIRO
2009**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

DORVALINA CATARINA LIMA SILVA

**SISTEMÁTICA DO PROCESSO DE CUIDAR DE
ENFERMEIRAS:
MOSTRANDO UM MODO DE FAZER**

LINHA DE PESQUISA

O COTIDIANO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação –
Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**RIO DE JANEIRO
2009**

S586 Silva, Dorvalina Catarina Lima.
Sistemática do processo de cuidar de enfermeiras :
mostrando um modo de fazer / Dorvalina Catarina Lima
Silva, 2009.
149f.

Orientador: Teresa Tonini.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade
Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem – Prática. 3. Enfermagem
– Orientação profissional. 4. Cuidados em enfermagem –
Planejamento.

I. Tonini, Teresa. II. Universidade Federal do Estado do Rio
de Janeiro (2003-). Centro de Ciências Biológicas e da
Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.73

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**SISTEMÁTICA DO PROCESSO DE CUIDAR DE ENFERMEIRAS:
MOSTRANDO UM MODO DE FAZER**

**Mestranda: Dorvalina Catarina Lima Silva
Orientadora: Prof^a Dr^a Teresa Tonini**

**Presidente
Prof^a Dr^a. Teresa Tonini**

**1^a Examinadora
Prof^a Dr^a Ilda Cecília Moreira da Silva**

**2^a Examinadora
Prof^a Dr^a Nébia Maria Almeida de Figueiredo**

**Suplente
Prof: Dra. Márcia Ribeiro Braz**

**Suplente
Prof: Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva**

**RIO DE JANEIRO
2009**

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer à Deus pela vida, amor, família, saúde, esperança e oportunidades que me deu.

À minha família, pelo companheirismo, carinho, união e por suportarem a minha ausência quando me dedicara aos estudos e por me darem forças para isto, acreditando em mim e por me amarem tanto.

Aos meus colegas, professores e funcionários da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem, pelo bem-querer e por compartilharmos essa jornada juntos.

Ao Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental – NUPEEF e Departamento de Enfermagem Fundamental, ambos da UNIRIO, pela aprendizagem, companheirismo, lutas e conquistas.

Aos meus colegas de trabalho do Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA, pela honestidade e espírito de união.

Ao UniFOA pelo apoio e incentivo institucional.

À Prefeitura Municipal de Volta Redonda, Direção dos Hospitais Públicos do município, pela anuência da pesquisa em campo.

Às enfermeiras e enfemeiros que me acolheram com tanta ética e zelo no momento em que se dispuseram a viver o papel de observadas(os), para a concretização da pesquisa em campo, como fontes primárias “vivas” deste mundo chamado Enfermagem.

Ao cliente, paciente, sujeito cuidado: razão da existência do meu Ser-Enfermeira.

Agradecimentos especiais

Ao meu filho amado Rodrigo Lima de Souza Silva, por tudo que vivemos juntos. Pelo amor, por sua fidelidade, caráter e felicidade.

Ao meu marido amado Arlindo Vallere de Souza Silva, companheiro de jornada nessa longa estrada, pela oportunidade de crescermos juntos, nos caminhos de Deus, onde o amor e a fé foram soberanos.

Aos meus pais Ana Rosa da Silva Lima e Francisco Thomaz da Silva Filho, pelo amor incondicional.

Aos meus irmãos, pela nossa história de vida, em especial à Ana Vitória Lima, por cuidar do meu filho quando eu não estava ali, com todo amor, abnegação e carinho que um filho pode receber de uma mãe. À Matilde das Graças Lima, por ser nossa base, mãe de todos. À Adalto Luiz Lima, meu grande amigo e protetor.

À minha orientadora Doutora Teresa Tonini, pela luz, zelo, companheirismo e aprendizagem. Meu exemplo de Ser-Enfermeira, Ser-Professora e Ser-Humano.

Às Doutoras Nébia Maria de Almeida Figueiredo e Ilda Cecília Moreira da Silva, por mostrarem o caminho.

À Valquíria Jorge Sepp, que acompanha minha trajetória no mundo da Enfermagem e como pessoa desde 1990.

Aos irmãos que Deus me permitiu escolher e ser escolhida Fabiano Júlio Silva e Delmar Teixeira Gomes pela amizade no mestrado e na vida particular.

Amo todos vocês, de coração. Essa vitória não é só minha, pertence à vocês também.

Dedicatória

*À Rodrigo Lima de Souza Silva e
Arlindo Vallere de Souza Silva
Filho e Marido.*

*À minha mãe Ana Rosa da Silva Lima,
que superou grandes obstáculos na vida.*

*“A enfermeira não deve olhar para o paciente como se feito para ela,
mas para ela como feita para o paciente”.*
Florence Nightingale, 1820-1910.

SISTEMÁTICA DO PROCESSO DE CUIDAR DE ENFERMEIRAS: MOSTRANDO UM MODO DE FAZER

**Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- Mestrado**

Resumo: dissertação que teve como objeto de estudo a sistemática que as enfermeiras adotam para cuidar de sujeitos no cotidiano hospitalar, tendo como objetivos: mostrar a sistemática de enfermeiras na prática de cuidar; discutir as implicações desta sistemática de enfermeiras para Enfermagem; apresentar um instrumento para diagnóstico do modo de fazer de enfermeiras no processo de cuidar. Metodologia qualitativa, de caráter exploratório. Dois hospitais públicos do município de Volta Redonda foram os cenários do estudo. Após anuência da Direção dos hospitais, aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos – CoEPS, do Centro Universitário de Volta Redonda/UniFOA, anuência das gerentes de Enfermagem e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE por 14 enfermeiras, iniciou-se a coleta de dados a partir da técnica de observação sistemática, direta e não-participante acerca de ações e atos de enfermagem voltadas para o processo de cuidar das enfermeiras, no período de Abril à Agosto de 2009. Utilizou-se a análise de conteúdo temática a partir dos resultados transcritos para um macro-fluxo. As unidades de significação foram: o que vi e o que não vi, nomeando-se uma categoria intitulada: “Tempo e Comunicação como base da sistemática adotada por enfermeiras no processo de cuidar”. Concluiu-se que os resultados direcionaram à desconstrução de uma sistematização preestabelecida para construção dessa pesquisa a partir de uma sistemática que traduz o *modus operandi*. Nesse sentido, a pesquisa apresenta um diagnóstico do modo de fazer indicando claramente que o TEMPO e a COMUNICAÇÃO são as bases de todo o processo de cuidar, tendo o tesouro e o macro-fluxo como instrumentos para se chegar a este diagnóstico.

Palavras-chave: Enfermagem; Cuidados de enfermagem; Plano de Cuidados de Enfermagem.

SYSTEMATICS OF THE CARE OF NURSES: PLAYING A WAY OF MAKING

**Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Center of Biological Sciences and Health
Post-Graduate Nursing-Master**

Abstract: dissertation with the aim of studying the systematic that nurses adopt to take care of people everyday in hospitals, having as objectives: to show the systematic practice of nurses in care, to discuss the implications of the systematic nurses to nursing; submit an instrument to diagnostic mode to nurses in the care process. Qualitative methodology in exploratory. Two public hospitals in the city of Volta Redonda were the scenarios of the study. After approval of the Director of the hospitals, the approval of the Ethics and Human Researches - CoEPS, Centro Universitário de Volta Redonda / UNIFOA, consent of the managers of Nursing and signing the consent / FICT by 14 nurses it has started the data collect from the technical observation systems, direct and non-participants about actions and acts of nursing focused on the process of caring of nurses in the period from April to August 2009. We used the content analysis from the results transcribed into a macro-flow. The units of meaning were what I saw and what I didn't, naming a category titled: "Time and Communication as the basis of the procedures adopted by nurses in the care process." It was concluded that the results directed to the deconstruction of a systematic pre-established construction of this research from a system that reflects the modus operandi. Therefore, the research presents a diagnostic mode to indicate clearly that the TIME and communication are the foundations of the entire care process, having the thesaurus and macro-flow as tools to reach this diagnosis.

Keywords: Nursing, Nursing Care, Care Plan Nursing.

PROCESO SISTEMÁTICO DE CUIDADO DE LAS ENFERMERAS: MOSTRANDO UNA MANERA DE HACER

**Universidad Federal de Río de Janeiro - UNIRIO
Centro de Ciencias Biológicas y de la Salud
Postgrado - Maestría en Enfermería**

Resumen: Esta tesis tiene como objetivo estudiar los procedimientos que las enfermeras optan para hacerse cargo de temas cotidianos en el hospital, teniendo como objetivos: mostrar los procedimientos ejecutados por las enfermeras en la atención del paciente, discutir las implicaciones de estos procedimientos aplicados por las enfermeras para la enfermería, proporcionar herramientas para el diagnóstico, modos de trabajo de las enfermeras en el proceso de atención. Cualitativo, cuantitativo. Los hospitales públicos de la ciudad de Volta Redonda fueron los escenarios del estudio. Después de la aprobación del Director de los hospitales, la aprobación de la Ética y la Investigación con Humanos - CoEPS, Centro Universitario de Volta Redonda / UNIFOA, el consentimiento de los directores de Enfermería y la firma del consentimiento / FICT por 14 enfermeras, comenzó por recopilar datos de los sistemas de observación técnicos directamente, y no a los participantes, sobre los actos y procedimientos de enfermería enfocados en el proceso de cuidado de las enfermeras en el período de abril a agosto de 2009. Se utilizó el análisis de contenido de los resultados transcritos en una macro-flujo. Unidades de resultado: lo que vi y lo que no vi, nombrando una categoría titulada: "El tiempo y la comunicación como la base de los procedimientos adoptados por las enfermeras en el proceso de atención". Se concluyó basados en los resultados la invalidez de un patrón anteriormente establecido, para la construcción de esta investigación de un sistema que refleja el modus operandi. Por lo tanto, la investigación presenta un modo de diagnóstico para indicar claramente que el tiempo y la comunicación son las bases del proceso de atención de todo el proceso de atendimento de los pacientes, y teniendo el tesoro y macro-flujo como herramientas para llegar a este diagnóstico.

Palabras claves: Enfermería, Cuidados de Enfermería, Plan de Atención de Enfermería.

SISTEMÁTICA DO PROCESSO DE CUIDAR DE ENFERMEIRAS: MOSTRANDO UM MODO DE FAZER

Sumário:

Apresentação	13
Considerações Iniciais	18
Capítulo I	
Bases que fundamentam o objeto	25
1.1 – Em busca de uma sistemática para o cuidado de enfermagem.....	28
1.1.1– A Enfermagem como profissão para o cuidar	28
1.1.2 – O cuidado como um objeto da Enfermagem	32
1.2 – Da sistemática para a sistematização do Cuidado de Enfermagem ...	34
Capítulo II	
Metodologia	42
2.1 – Natureza do Estudo	42
2.2 – Cenário	43
2.3 – Participantes da Pesquisa	45
2.4 – Estratégia de Produção dos Dados	45
2.5 – Organização dos resultados e Análise de Dados.....	48
2.6 – Aspectos Éticos	58
Capítulo III	
Resultados e Discussão das categorias	60
3.1-Em busca das categorias	60
3.2 – Discussão da categoria: “Tempo e Comunicação como base da sistemática adotada por enfermeiras no processo de cuidar “	72
Considerações Finais	88
Referências	91
Apêndices	
I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	100
II – Formulário para coleta de dados	102
III – Cronograma das Atividades	104
IV – Tesouros	106
V– Adaptação do Macro –Fluxo Kern (2009, p 295), para a Sistemática do Processo de Cuidar de Enfermeiras.....	125
VI – Resultados do Macro –Fluxo acerca da Sistemática do Processo de Cuidar de Enfermeiras.....	127
VII– Macro-Fluxo Geral	142
VIII - Planilha de Dados: Sistemática do Processo de Cuidar adotada por Enfermeiras	144
IX - O tempo: a policronia na observação da sistemática do processo de cuidar de enfermeiras em clínicas médica e cirúrgica	148

Apresentação

No cotidiano da prática de cuidar, gerenciar e ensinar a cuidar em Enfermagem hospitalar, pude vivenciar inúmeras tentativas de implantação de uma sistematização de um modo de fazer enfermagem, em qualquer dos aspectos citados acima, a partir de um modelo implantado em uma outra instituição hospitalar ou teorizado em literaturas específicas de Enfermagem. Outras vezes percebi que a maioria de minhas parceiras de trabalho acreditava que um modo de fazer era a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), sob a compreensão equivocada de ser a mesma coisa que o Processo de Enfermagem, defendendo que o próprio Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) não esclarece sobre a obrigatoriedade de sustentar-se com uma Teoria de Enfermagem.

Pude ainda perceber que ao se tratar de SAE, confundindo-se com Processo de Enfermagem, essas mesmas parceiras de profissão trabalham com a fase do plano assistencial proposto por Horta (1979), porém, a mesclam com a fase do Diagnóstico de Enfermagem se baseando na taxonomia da *North American Nursing Diagnoses Association/NANDA*, ignorando a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem/CIPE e o Diagnóstico de Enfermagem de Horta. Todavia, em todas as experiências vivenciadas, não percebi a concretização de um dos modelos de SAE difundidos como um saber de Enfermagem.

Acredito que a tentativa de implantar um dos modelos de SAE descrito em outra época e cenário é o grande obstáculo para as enfermeiras que desafiam a natureza de um cenário hospitalar já impregnado de uma sistemática própria para a realização do Cuidado de Enfermagem. Essa crença se construiu durante as discussões no Laboratório de Pesquisa quando fui buscar a SAE como objeto de investigação e encontrei um modo de fazer próprio de cada enfermeira. Nesse sentido, ao olhar um todo, descobri uma sistemática; um modo de operar as ações e atos de enfermagem.

Como sinaliza Carvalho (2003) sabemos do valor das *teorias de enfermagem*. Não podendo contar com bons resultados de aplicações práticas,

continuamos deixando-as [as teorias] de lado, seguindo *modelos emergentes*, ao invés de submetê-los, experimentalmente, ao controle das provas científicas.

O fato contributivo à essa construção é que, como enfermeira, nunca deixei de realizar o cuidado por não utilizar um modelo específico de SAE, consagrado por uma única teórica de Enfermagem, para 100% dos clientes à mim confiados.

- Tecnologia como primeira sistemática

Cuidei sem deixar de ser acolhedora quando cuidava, utilizando a tecnologia leve² como metodologia de assistência. Outras vezes, ao se tratar de atividades relacionadas à tecnologia leve-dura, tais como implantar o Procedimento Operacional Padrão (POP); Norma Regulamentadora (NR 32) do Ministério do Trabalho, que dispõe sobre regulamentos acerca da Biossegurança do indivíduo e coletividade atuante nos serviços de saúde e processo de implantação de Acreditação Hospitalar, foi possível estar mais próximo ao *modus operandi* das enfermeiras, assim como também ao das técnicas e auxiliares de Enfermagem, me envolvendo mais e mais com o que é e o que não é Enfermagem.

Em referência à tecnologia dura, aprendi e ensinei a utilização de ventiladores mecânicos, cautérios ultra-sônicos, microscópios cirúrgicos, cirurgias cardíacas e bariátricas, entre outras.

- Tempo como segunda sistemática

Muitas vezes, estive sozinha, procurando lençol para o leito e roupa para o banho, materiais essenciais para o cuidado do cliente. Perdi horas tentando autorização em operadoras de saúde para exames de alto custo e depois mais algumas horas agendando a remoção do paciente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) móvel.

Depois de alguns anos, com mais experiência na prática de Enfermagem, me perguntava o que me faltara na graduação, pois não havia aprendido que conseguir a autorização de exames de alto-custo, negociar diretamente a

² Merhy (1999) define a tecnologia leve como um momento de fala, de escuta e interpretações entre a cuidadora e o cliente; tecnologia leve-dura como a profissão em si e tecnologia dura entendida como os equipamentos modernos.

remoção do paciente em UTI móvel e me desgastar para providenciar roupa para banho e lençóis para o preparo do leito eram atividades de cuidar da enfermeira. Busquei amparo e suporte em uma Pós-Graduação *Lato Sensu* em Administração Hospitalar, aprendendo que não era atribuição da enfermagem gerenciar serviços de autorização e agendar exames. Desse modo, não me sobrava tempo, na sistemática, suficiente para conversar com os clientes, conhecendo-os melhor e para realizar o histórico de Enfermagem, o exame físico e o registro da evolução do sujeito cuidado pela Enfermagem.

Mais tarde, tive a felicidade de ser gerente de um hospital. Com o auxílio de administradores americanos contratados, conseguimos adequar os serviços técnicos e administrativos, por meio de a implantação de um plano de gerenciamento com uso de premissas básicas para a qualidade nos serviços de atenção à saúde e atendimento hospitalar, provendo às enfermeiras sob minha coordenação tempo necessário para a SAE.

- Negociação como terceira sistemática

Mas o “problema” de negociar a autorização e agendamento de exames de alto custo perpetuava à noite, nos feriados e fins de semana, pois o quantitativo de pessoal técnico-administrativo se reduzia nesses horários e, assim, a enfermeira que estivesse na supervisão tornava-se a guardiã das chaves do almoxarifado e farmácia, assumindo novamente atividades que não competem acadêmica e profissionalmente à enfermeira. A dificuldade se agravava por ser institucionalizada e comum nos hospitais da região onde eu trabalhava. Então, como fazer somente as atribuições específicas da Enfermagem? Abraçar a necessidade do cliente é o elo existente entre a enfermeira, o acolhimento e o cuidado. Como a enfermeira poderia, sozinha, priorizar a SAE e deixar de lado uma tomografia computadorizada de crânio ou, simplificando os fatos, roupa de cama para o horário do banho?

Neste último caso, o responsável pelo serviço de hotelaria hospitalar se tornava um grande problema no cotidiano de trabalho das enfermeiras, uma vez que ciente da alta taxa de ocupação dos leitos, rotatividade de permanência de internação e previsão de consumo de roupas para os pacientes, não provia roupas, lençóis e cobertores suficientes para a demanda. Na maioria das vezes a

enfermeira encontrava dificuldades no início do turno de trabalho para prover essas roupas e apesar das queixas, memorandos internos e solicitações, tal situação era constante no cotidiano de trabalho. Assim, a enfermeira negociava e gerenciava o quantitativo de roupa (lençol, pijama, cobertor) disponível.

Nesse sentido, como a enfermeira poderia realizar anamnese, exame físico e tudo mais que os diversos modelos de SAE propõem, se a prioridade do paciente era a higienização? Isso, sem detalhar as situações relacionadas ao dimensionamento de pessoal de Enfermagem *versus* a demanda dos clientes/pacientes internados e seus familiares; farmácia; almoxarifado; central de internação e pareceres médicos, que também tomam o tempo de trabalho da enfermeira.

Enfim, o cuidado era realizado até o final da jornada de trabalho, mesmo na ausência da SAE consagrada pelo ensino acadêmico, baseada em legislação e literatura. Assim, a Enfermagem havia feito o seu serviço, indo mais além para que o cliente fosse cuidado, uma vez que a enfermeira assumia serviços de responsabilidades técnico-administrativas de outras áreas, devido à demanda de necessidades do cliente *versus* a oferta de funcionários, devido à diminuição do dimensionamento de pessoal.

Após a experiência de envolvimento, durante vinte anos, com esse mundo denominado Enfermagem, me encontro impregnada com a preocupação acerca de a sistemática do processo de cuidar das enfermeiras e nasce, com muita propriedade, o interesse em desenvolver esta pesquisa, com a expectativa de desvelar parte da realidade de enfermarias; cenário que acredito ser o local onde mais me realizo como enfermeira e como docente.

Considerações iniciais

As atividades desenvolvidas no ensino e na prática de cuidar têm nos desencadeado reflexões acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que ensinamos nos cursos de graduação, com bases bibliográficas mais estrangeiras do que brasileiras.

No Brasil, desde a década de 70, a SAE tem sido ensinada e consagrada pela literatura de Enfermagem, em especial a partir de a publicação do livro intitulado Processo de Enfermagem, sob autoria da Professora Wanda de Aguiar Horta (1979).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (2005, p 75) 272/02 dispõe sobre a SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras, considerando que:

é uma 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.

Ao observar as ações de cuidar das enfermeiras² em diversas instituições de saúde, quando estou com estudantes, noto que os profissionais de Enfermagem não adotam a SAE conforme as fases de:

- avaliação diagnóstica do cliente, a partir do histórico de vida e do exame físico;
- prescrição dos cuidados de Enfermagem;
- avaliação dos efeitos das intervenções de Enfermagem registrados nas evoluções da enfermeira.

As observações apontam que algumas enfermeiras se utilizam de uma sistemática própria para que a ação de cuidar do cliente e o atendimento às necessidades se concretizem. Entretanto, o que aguça a curiosidade é o desconhecimento de como essa sistemática empírica³ acontece, em que a

² Utilizaremos “enfermeira(s)”, na língua portuguesa, face ao quantitativo e representatividade do gênero feminino atuante nesta categoria profissional.

³ O empírico é um termo utilizado nas ciências humanas e sociais para denominar métodos de pesquisa realizados por meio de a observação e a experiência. Neste estudo, empírico denominará os métodos de fazer das enfermeiras.

habilidade da enfermeira deriva da experiência prática e não do saber fundamentado por teóricas de Enfermagem.

Ao pensar em como as enfermeiras cuidam com a ausência da SAE, alguns obstáculos se apresentam e dão visibilidade ao problema a ser estudado. Ao expor cada um desses obstáculos, acreditamos que ainda não terá claro o entendimento dos conceitos de Cuidado e SAE que nos despertem a necessidade de sistematizar e registrar o que fazemos como um modo de nos posicionar cientificamente. Ou seja, entender que o modo como fazemos a prática (cuidado de Enfermagem), definimos as intervenções para tratar de situações-problema e avaliamos o cuidado, poderá dar subsídios para os avanços da Enfermagem como ciência.

Uma outra dificuldade está na pulverização de orientação acerca da utilização de diversas teóricas para a implantação de uma Sistematização de Assistência de Enfermagem, sem que conheçamos claramente os fundamentos que sustentam nosso discurso de ciência e de prática de Enfermagem.

Esse desconhecimento de nossas bases teóricas implica desconsiderarmos que trabalhar de forma científica, possivelmente, protege nossa classe de conceitos construídos por outras classes da área de saúde e também pelas demais ciências. Se não deixarmos claro a nossa missão, esta pode ser vista de forma ilusória e equivocada.

Além disso, há de se incluir nessa problemática, as questões referentes ao sujeito, corpo, cultura, emoção, espiritualidade, objetividade, subjetividade e ambiente, tão presentes no processo de cuidar.

Mais um problema se destaca, quando não temos bem explicitado o que é método de atuar que assegure as especificidades de Enfermagem e oriente para a construção de instrumentos que permitam, de fato, a utilização de uma sistemática para o processo de cuidar. A esse método, Carvalho [et al] (2004) denominam “Atos e Ações de Enfermagem”, cujo ato da enfermeira, quando (inter) dependente do ato de outro profissional (médico, nutricionista, psicólogo), compõe-se de elementos conceituais da Enfermagem que, por sua vez, representam o seu saber e sua prática. Em relação às ações, esses autores afirmam serem mais amplas e que abarcam os atos de Enfermagem. Para melhor compreensão da distinção entre atos e ações, exemplificam que o banho

deve ser considerado uma tecnologia e uma ação de cuidar, não podendo ser confundido apenas como uma rotina de Enfermagem.

A preocupação na distinção destes termos ocorreu por causa da importância que o fazer específico da enfermeira tem para o reconhecimento da Enfermagem como uma profissão da área da saúde e tão necessária à sociedade.

Pode-se considerar que a enfermagem sempre esteve voltada para atender às necessidades de saúde da sociedade. Ela originou-se do desejo de manter as pessoas saudáveis, assim como propiciar conforto, cuidado e confiança ao enfermo (...) foi no século XIX que *Florence Nightingale* promoveu grandes mudanças, incluindo providências quanto à limpeza e conforto dos hospitais, atendimento das necessidades básicas do doente e orientação de suas famílias com relação a manutenção e promoção de saúde. (POTTER e PERRY, 1996 p.3).

Entretanto, algumas enfermeiras buscam estabelecer uma sistemática por meio de atos e ações de Enfermagem, a partir de suas experiências práticas.

Castro; Carvalho; Borges (2006, p 103-4), ao tratarem sobre a prática da Enfermagem no ano de 1979, tecem considerações sobre a importância da função da enfermeira para o conhecimento do que é ação de enfermagem, o âmbito da atuação autônoma do profissional e “suas prerrogativas quanto ao exercício e atividades que lhe são características”. Finalizam que:

Qualquer atribuição do pessoal de saúde é resultante de uma complexa inter-relação entre as recomendações e as expectativas das associações profissionais, dos órgãos empregadores e dos usuários, assim como imagem e das expectativas da pessoa que desempenha a profissão.

Considerando a importância da sistematização para o fazer da enfermeira e “autonomia” que ela assume para decidir um sistema próprio quando realiza o cuidado ao cliente, permitiram o pressuposto deste estudo de que as enfermeiras utilizam uma sistemática ainda oculta/escondida em ações empíricas quando cuidam dos clientes nos diversos espaços de saúde. Nesse sentido, o objeto deste estudo foi a sistemática que as enfermeiras adotam para cuidar de sujeitos no cotidiano hospitalar.

Haja vista o exposto, a questão que norteou esta pesquisa foi:

- Se a orientação para a SAE é uma questão de nossa época e se as enfermeiras não sistematizam sua prática instrumentalizadas de forma científica então como a sistemática do processo do cuidado se apresenta empiricamente?

A partir do tema SAE, várias vertentes de pesquisa poderiam emergir, como por exemplo: fatores organizacionais intervenientes na implantação de um modelo de Sistema; produção de conhecimento acerca da SAE veiculado na literatura brasileira; habilidade cognitiva e de ação de Enfermeiras recém-formadas na aplicabilidade de uma sistemática de cuidar. Contudo, essa pesquisa se delimitou face aos seguintes objetivos:

- Mostrar a sistemática de enfermeiras na prática de cuidar.
- Discutir as implicações desta sistemática de enfermeiras para Enfermagem.
- Apresentar um instrumento para diagnóstico do modo de fazer de enfermeiras no processo de cuidar.

Justificativa do Estudo:

Carpenito (2002 p.13) afirma que “a não ocorrência da SAE pode ser uma conseqüência do reflexo do quantitativo de enfermeiros em hospitais em relação ao número de pacientes internados e a obrigatoriedade do cumprimento de normas ou controles organizacionais”. Afirma, ainda, o pressuposto, “parece que os pacientes sabem cada vez mais o que é a enfermagem e têm cada vez mais a crítica como sua aliada” e cita “os hospitais continuam a reduzir suas equipes de Enfermagem ao mesmo tempo em que a acuidade dos clientes continua a aumentar”.

Este estudo se justifica pela expectativa de servir como um olhar diferenciado sobre o processo de cuidar das enfermeiras no que se refere ao *modus operandi* diferenciado ao estabelecido por diversas teóricas de Enfermagem [Peplau, Abdellah, Roy, Rogers, Henderson, entre outras].

Outra questão importante concerne à pesquisa. “Delirando” ou “filosofando”, outras “sistemáticas existentes em cada gueto”, por sua vez, poderão ser desveladas por outros pesquisadores de Enfermagem, através do método de replicação da pesquisa em estudos multicêntricos, categorizadas e divulgadas. Este movimento provavelmente apontaria para as evoluções e

tendências da Enfermagem em relação à sistemática do processo de cuidar das enfermeiras, inicialmente, nas instituições hospitalares do serviço público do Município de Volta Redonda /RJ e, a seguir, nos demais cenários para se configurar como um estudo multicêntrico. Com isso, a Enfermagem brasileira como “ciência em-vias-de-se-fazer” (MOLES, 1995 *apud* CARVALHO, 2003), fomentará os caminhos e parte das realidades de cada micro ou macro-instituição do mundo chamado Enfermagem, respeitando-se as diversas culturas locais e os enlances socio-econômicos com as modelagens utilizadas para o cuidado.

No escopo da pesquisa, espera-se, ainda, contribuir na inserção junto ao Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental (NUPEEF) e na Linha de Pesquisa do Cotidiano da Prática de Cuidar e ser Cuidado, de Gerenciar, de Ensinar e de Pesquisar Enfermagem em Ambientes Hospitalares, ambos da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Em relação ao Ensino, espera-se contribuir com o maior zelo e responsabilidade ao corpo discente e compartilhar com docentes de Enfermagem o resultado deste estudo.

Através da pesquisa científica acerca da prática das enfermeiras atuantes não somente nas enfermarias das clínicas médicas e cirúrgicas, com foco no *modus operandi* de sistemática do processo de cuidar realizado por enfermeiras, espera-se contribuir para a prática emergindo ao campo do cotidiano desta prática, parte do que é real, revelando a sistemática dos sujeitos deste estudo em sua prática, no que se refere ao processo de cuidar, saindo do que parece ser empírico ou obscuro para o que será mostrado após a investigação.

1. Bases que fundamentaram o objeto

O Processo de trabalho de Enfermagem se desenvolve em um contexto complexo, dinâmico e multidimensional, exigindo que as enfermeiras tenham visão mais ampla sobre os microespaços (enfermaria, ambulatório, comunidades, unidades especializadas) em que se encontram e enfoquem, em profundidade, os problemas existentes ou os potenciais.

Essa realidade impõe às enfermeiras identificar problemas o mais preciso possível, definindo, claramente, as questões a serem tratadas e seus limites, de modo que estejam preparadas para as incertezas e o acaso que podem dificultar a oferta de cuidados de Enfermagem com qualidade. Identificar problemas faz parte das etapas de um plano estratégico em que devem também ser contempladas a análise da atual situação e a decisão sobre que ações de cuidar devem ser priorizadas.

Para isso, as enfermeiras buscam uma sistemática de atos e ações de Enfermagem em todo processo de gerenciamento em seu trabalho. Sistematizar significa “reduzir diversos elementos a sistema”, “agrupar em um corpo de doutrina”, “tornar sistemático”. Sistemático entendido como “algo ordenado, metódico ou coerente com determinada linha de pensamento e/ou de ação” (FERREIRA, 1999, p. 1866-7).

Em busca de dar cientificidade ao cuidado de Enfermagem, muitas estudiosas teorizaram sobre uma sistemática para as enfermeiras quando executam ações de cuidar interventoras para o enfrentamento dos problemas e agravos à saúde dos clientes. Tannure; Gonçalves (2008, p. 3) sinalizam a seleção de uma teoria como primeiro passo para direcionar as etapas da sistematização da assistência. E alertam que essa escolha deve ser de um modo bem refletido e cuidadoso para evitar danos aos demais passos a serem executados.

Ao me posicionar como sujeito que cuida e sujeito cuidado, uma questão surge sobre a construção do conhecimento na Enfermagem:

- Como escolher uma teoria como primeiro passo para sistematizar o cuidado sem antes levantar os problemas de Enfermagem? Não seria justamente o contrário? Ou

- Por já conhecermos a realidade vivida com nossos clientes, de certa forma partimos do nosso conhecimento empírico para a teoria?

A partir das considerações de Carvalho (2009) de que o conhecimento em Enfermagem se constrói a reboque da prática, espaço onde as teorias podem ser comprovadas ou refutadas, penso que a segunda questão é a que possui validade, uma vez que a escolha da teoria se dá a partir do saber da enfermeira sobre os seus clientes, sobre sua equipe e sobre a filosofia e os objetivos institucionais. Ou seja, a escolha em primeiro plano se volta com base no conhecimento tácito dos profissionais de enfermagem em seu processo de cuidar.

Para o alcance do objeto deste estudo, o pré-conhecimento acerca da SAE será posto de lado, oportunamente, no momento da coleta de dados, pois a palavra sistematização refere-se, de acordo com Bueno (1986, p. 1061), ao “ato e efeito de sistematizar” e sistematizar como “reduzir a sistema; reunir num corpo de doutrina”. O principal motivo de colocar de lado o conhecimento pré-concebido acerca de a SAE se deve à questão norteadora deste estudo, uma vez que no cotidiano de ensinar, em campo hospitalar, na supervisão de estágio curricular de atenção à saúde do adulto e idoso, observou-se que as enfermeiras não sistematizam sua prática instrumentalizada de forma científica. Diante desse fenômeno, a busca de resposta para o problema se relaciona ao como a sistemática do processo do cuidado se apresenta empiricamente.

Carper (1978, p. 13-23 *apud* VILLALOBOS, 2005, p. 88) identificou quatro padrões de conhecimento a partir de análise da estrutura conceitual do conhecimento de Enfermagem: o empírico ou a ciência de Enfermagem, o ético ou o componente moral, o estético ou a arte de Enfermagem e o conhecimento pessoal.

A partir desses padrões e em razão das diversas teorias de Enfermagem existentes (mais de cem teorias com abordagens distintas) para fundamentar o conhecimento de Enfermagem, entende-se que reunir o processo do cuidar num corpo de doutrina (sistematizar) tem a significância de torná-lo “um conjunto de princípios que baseiam um sistema político ou filosófico” (BUENO, *op.cit.*, p. 383).

Então, utilizou-se a palavra sistemática por sua definição: “técnica, caminho ou meio de realizar o sistema”, sendo o sistema “um conjunto de partes entre si;

forma de governo; (...) combinação de partes de modo que concorram para um certo resultado” (ABBAGNANO, 2007, p. 1076-8).

Assim, essa escolha por sistemática ocorreu devido à denotação gramatical e ao discurso nightingaleano sobre a enfermeira como aquela que não deve olhar o paciente como se feitos para as enfermeiras, mas as enfermeiras como se feitas para os pacientes (CARVALHO, 2004). Portanto, elas devem estabelecer empatia e *rapport* com o sujeito cuidado, compreendendo as necessidades e as situações de saúde dele, sem simplesmente tê-lo como objeto de trabalho. Essa forma de focar no sujeito em busca de sua “inteireza” nasceu como centro da assistência da enfermeira Abdellah (1960).

Cabe considerar o contexto de Abdellah quando utilizou o conceito assistência. Nesse Século XXI, esse conceito não possui a mesma denotação na Enfermagem. Horta (1979, p. 36) questiona o termo “sinônimo” atribuído para “Assistência de Enfermagem” e “Cuidado de Enfermagem”. Para esta autora, a Assistência de Enfermagem é “a aplicação, pela enfermeira do Processo de Enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender as necessidades básicas do ser humano”. Já o Cuidado de Enfermagem “é a ação planejada, deliberada ou automática da enfermeira, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano”. Horta (opcit, p. 4) refere que “transcender o Ser-Enfermagem é ir além da obrigação, do ‘ter que fazer’”.

A partir de inúmeras estudiosas (Carvalho, 2003; Figueiredo, 1999 e Waldow, 2005), a conotação dada à assistência de Enfermagem evoluiu para dar denotação ao cuidado de Enfermagem, defendida por Carvalho (2003) como um construto. Vale esclarecer que Carvalho (*op. cit.*) enfoca o termo “construto” para dar significado àquilo que é “consistente com elaboração de teorias ou de assuntos significantes de uma área de estudo”.

Abbagnano (2007, p. 231) define o termo construto, de modo gramatical, como construção lógica. Bueno (1986, p. 292 e 868) conceitua “construção” como “edificação; formação; disposição; estruturação” e o termo “lógica” como “ciência que estuda as leis do raciocínio; coerência; raciocínio”. Assim, Carvalho (*op. cit.*), respeitando o uso gramatical e imergindo no campo filosófico, cuidadosamente faz uma reflexão sobre a formação e estruturação do raciocínio

utilizado em teses para focar a “necessidade imperiosa de impulsionar o processo da construção científica” no campo de saber da Enfermagem, uma vez que a mesma assume a Enfermagem como uma ciência “em vias-de-se-fazer” (MOLES, 1995), o que justifica a imperiosidade do construto para Enfermagem.

Abbagnano (2007) aponta a visão de escritores anglo-saxônicos de que o construto não é observável. Contudo, esse mesmo autor alerta seus leitores para a possibilidade de ocorrer a verificação empírica indireta dos construtos, desde que o construto não seja utilizado como um termo isolado, dando preferência ao uso do termo, nesta possibilidade, como “construto empírico”.

Mediante o exposto, o delineamento da pesquisa em campo não se prendeu à SAE, mas sim à sistemática do processo de cuidar das enfermeiras, pois acredito que mesmo diante da observância em meu cotidiano de que há ausência da SAE, surge a necessidade de desvelar a sistemática possivelmente oculta ou empírica no cotidiano das enfermeiras atuantes no cenário do cuidado.

A partir destas considerações, apresentamos, a seguir, as abordagens que constituíram a fundamentação teórica deste estudo, focalizando aspectos necessários para a sistemática do processo de cuidar das enfermeiras.

1.1 - Em busca de uma sistemática para o cuidado de enfermagem.

1.1.1 - A Enfermagem como profissão para o cuidar

A palavra enfermagem origina-se do latim a partir da composição do prefixo en= aproximação; introdução e transformação; do radical firm (i)= firmeza, solidez, persistência, força, fortaleza; e do sufixo agem dando o indicativo de ação ou resultando de ação. Seu uso mais comum é em oposição à palavra enfermo cujo significado é aquele que se encontra doente, fraco, débil, que padece de algum mal físico, mental ou moral. (LIMA, 2006, p.26).

Na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS, 2009), há Referência diferenciada para o descritor⁴ Enfermagem ou enfermagem.

⁴ Descritor é um vocabulário estruturado para permitir um diálogo uniforme entre cerca de 750 instituições científicas, tendo como finalidade servir de indexação de trabalhos científicos e recuperação de informação (BVS, 2009)

O termo enfermagem, como descritor, se iniciado com a letra maiúscula, refere-se à profissão por si e em si; se em minúscula, a equipe de enfermagem envolvida nas ações de cuidar.

Para Geovanini [et al] (2002, p. 6), as práticas de saúde tiveram início nas práticas instintivas, entre grupos nômades primitivos; passando para as mágico-sacerdotais, no século V a.C.; a era cristã (o alvorecer da ciência); monástico-medievais, entre os séculos V e XIII; pós-monástica, final do século XIII ao início do século XVI. As práticas de saúde no mundo moderno tiveram início a partir da Revolução Industrial XVI e culmina com a Enfermagem moderna institucionalizada como profissão, na Inglaterra, no século XIX.

Após a evolução da medicina e sua articulação com a esfera produtiva ocorreu a reorganização hospitalar e o surgimento da Enfermagem moderna, onde surge, dentro do cenário da Guerra da Criméia (1854-1856), *Florence Nightingale*, convidada pelo Ministro da Guerra da Inglaterra para cuidar dos soldados feridos. Quando, então, os resultados obtidos pelas intervenções com enfoque em medidas de alívio do sofrimento dos soldados e manutenção da higiene dos feridos e do ambiente dos hospitais militares, chamaram a atenção das autoridades inglesas e fomentaram a construção de um alicerce para a Enfermagem Moderna (*op. cit.*).

Para Cianciarullo [et al] (2001, p.41), essas medidas tomadas por *Florence Nightingale* diferenciaram as ações da enfermeira das ações do médico, marcando “o início da preocupação da enfermagem com a sua identidade profissional” (CIANCIARULLO [et al], 2001, p.41).

O marco conceitual de Enfermagem como profissão no continente americano ocorreu há 109 anos:

Em 1890 surge a fundação da Associação de Alunos de Enfermagem dos Estados Unidos e Canadá, que mais tarde deu origem às Associações Americana e Canadense de Enfermagem (...) foi somente em 1965 que o Comitê de Ética da Associação Americana de Enfermagem (AEE) enfatizou a enfermagem enquanto uma profissão independente e publicou as normas para a prática de enfermagem. (POTTER e PERRY, 1996 p.9).

Nesse mesmo ano, 1890, surge a primeira escola de Enfermagem no Brasil, com a criação da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, no Rio de Janeiro (GEOVANINI, 2002, P. 57).

A trajetória da Enfermagem trouxe mudanças que fizeram nossa profissão buscar bases científicas para o cuidar, na qual a evolução histórica explicita a necessidade deste processo de mudança. Contudo, a ciência, a ética e a arte de Enfermagem, a partir do conhecimento pessoal, na visão de Villalobos (2005, p.87-95), são os elementos necessários para a prática de Enfermagem, bem como sua sobrevivência e *status*. Tornando-se relevante lembrar que “não é o paciente feito para as enfermeiras, mas sim as enfermeiras feitas para o paciente”, nas palavras de *Nightingale*. Então, ao pensar nesta profissão, do Ser-enfermeira, estaremos pensando nos benefícios gerados para sujeito cuidado.

Ao falar em sujeito cuidado não poderemos sintetizá-los à doença, fragmentando corpo e desarticulando-o da alma, sujeito e espírito, mas devemos nos reportar para um ser individualizado, com necessidades particulares. Por exemplo, ao cuidar de um cliente com déficit do autocuidado, a primeira teoria que emerge é a Teoria do autocuidado de *Orem* (1959). Contudo, quem disse ser esta a maior necessidade do sujeito do cuidado, quem sabe e pode proceder tal afirmativa se não o próprio sujeito do cuidado? E onde fica a enfermeira feita para o paciente?

Certa vez, na posição de sujeito cuidado (1987), eu me encontrava com déficit do autocuidado e sem poder me comunicar, minhas necessidades estavam intrinsicamente relacionadas à teoria ambientalista de *Nightingale* (1890) e à de relacionamento interpessoal em Enfermagem de *Peplau* (1952), pois o ambiente frio, a falta de ventilação, os odores do meu corpo e do ambiente, os ruídos de equipamentos e conversas paralelas, bem como a iluminação contínua sobre meus olhos eram o que me faziam pensar ser a morte o melhor caminho e não conseguia num sussurro ou num grito assustador revelar/comunicar minhas necessidades, que naquele momento era: - “*Parem com isto! Abram as janelas e desliguem esse ar condicionado! Calados! Apaguem as luzes! Removam esses cheiros daqui! E depois me cubram, para que eu possa e queira continuar a viver!*”

Ao escrever esse “grito” a intenção nada se relaciona à persuasão do leitor, para fazê-lo concordar com minhas “idéias”, mas sim para uma reflexão acerca de *rapport* e empatia, sendo estas as premissas para a prática de cuidar e ser cuidado, utopia ou uma possibilidade para a enfermeira, necessidade primeira para estabelecer os laços entre sujeito cuidado e enfermeira, dando início ao processo de cuidar.

A obra de George, traduzida no Brasil em 1993, traz as “Teorias de Enfermagem” como “fundamentos para a prática do cuidar”. Como, quando, para quem aplicá-las? Eis o grande desafio para a enfermeira. Como cuidar priorizando, por exemplo, as necessidades humanas básicas, conforme Henderson (1966) e ocultar a perspectiva humanista aliada a uma base de conhecimentos científicos, proposta de Watson (1988)?

Esta multiplicidade teórica demonstra “o quanto” grandes pensadoras da Enfermagem buscaram intensamente a cientificidade para o mundo de Enfermagem.

Carvalho (2003), à título de conclusão de um estudo sobre os construtos epistemológicos para a Enfermagem, assume que:

Diante dos desafios da ciência e necessidade imperiosa de escolher entre futuros condicionais previsíveis, mais do evitar a inércia (obstáculo epistemológico?), precisamos de ousadia para assumir a coragem não apenas de buscar respostas para tentar e expor “o visível e o invisível”, na realidade objetiva da enfermagem. De fato, precisamos de coragem para decidir entre limitações e impeditivos da investigação, se é que apostamos nas possibilidades da “enfermagem-ciência”.

Assim, entendo que a enfermeira tem um grande caminho a trilhar, pois para que sua prática seja científica é necessário ter a enfermagem como ciência e entendo que a multiplicidade teórica traz para a Enfermagem não um caminho, mas uma árvore de conhecimentos, onde frutos são e serão colhidos pela enfermeira que tem a Enfermagem como uma arte e cuida com dever moral/ético.

Portanto, a escolha pela palavra e ser “Enfermagem” como uma das bases que sustentaram a construção do objeto deste estudo deveu-se a investigação do mundo da Enfermagem e da Enfermagem no mundo. Trabalho mundo não como a esfera terrestre, mas como o mundo em que vivo e co-habito, habitáculo

delimitado como cenários desta pesquisa, nos quais se buscou o “como” ocorre a sistemática do processo de cuidar adotada por enfermeiras.

A Enfermagem pode ser descrita de várias formas, com vários signos e significações, mas somente vivê-la é o que pode dar uma noção do que se trata, para quem é e à que veio sua essência. Para Hesbeen (2000, p. 75); o valor de uma profissão deve ser baseado na valorização do conteúdo profissional e de sua contribuição específica e insubstituível para a saúde das pessoas.

1.1.2 - O Cuidado como um objeto da Enfermagem

De modo geral, o cuidado pode ser entendido como ação de qualquer animal, seja ele racional ou irracional. É o cuidado com os descendentes que possibilita a perpetuação da maioria das espécies animais.

Boff traz em discussão, no prefácio do livro de Waldow (2005, p. 7), o uso da palavra cuidado. Afirma que “o cuidado é o condicionador prévio para toda a prática humana e, por esta razão, pertence à própria essência do humano”.

Ao falar em “cuidar de alguém”, Hesbeen (2000, p.2) discute e reflete com muita propriedade que:

Não podemos nos contentar com atos realizados com cuidado ou com atenção, com precisão e segurança. Isso não basta, ainda que seja importante, pois o ser humano não se limita a um corpo-objeto – uma forma de máquina – em que podemos aplicar os nossos conhecimentos e as nossas técnicas, por mais brilhantes, sofisticadas e espetaculares que sejam. É o ser enquanto ser, enquanto corpo-sujeito, que tem necessidade de sentido, que exige atenção. É aí que intervém a distinção que se pode estabelecer entre “tratar alguém” e “cuidar de alguém”. É essa diferença que permite enquadrar a sua ação, o conteúdo de sua profissão, numa perspectiva de cuidados, portadora de sentido e de ajuda para a pessoa cuidada.

Potter e Perry (1996, p. 3) consideram que a Enfermagem está voltada para o atendimento as necessidades de saúde e conforto da população desde as grandes mudanças promovidas por Florence em prol da promoção de saúde. Compreende-se, então, que é nesse sentido que o cuidado de Enfermagem deve ocorrer. A enfermeira como perita no saber e no fazer de Enfermagem, deve observar sistematicamente como o cuidado é realizado para o sujeito que é

cuidado, sendo a gestora deste cuidado. Não se trata apenas de boa práxis, mas de lidar com o corpo-alma, sujeito-indivíduo, objetividade e subjetividade.

O cuidado de Enfermagem requer produção de conhecimentos e habilidades a reboque do fazer de enfermagem, cujos atos e ações caracterizam o desfecho do cuidado em si mesmo como “efêmero ou perene” (CACCAVO, 2000). Por mais simples que pareçam os atos e ações de enfermagem envolvem muitas implicações como explicita Lima (2006, p.29):

O simples fato de mudar a posição periodicamente de uma pessoa acamada tem inúmeras implicações, como melhoria da respiração e do tônus muscular, prevenção de feridas causadas pela compressão, aumento da circulação sanguínea, diminuição ou aumento de dores, diminuição de gases no trato intestinal, maior ou menor liberdade de movimento, contato com outras pessoas presentes no cômodo, oportunidade de comunicação e diálogo etc.

Guitton, Figueiredo e Porto (2002, p. 118), ao refletir sobre o cuidar e o cuidado, descrevem que “ao salientar o cuidar /cuidado como foco dominante e unificador da Enfermagem, estamos conferindo-lhe um caráter de essência na construção de identidade”.

Figueiredo (2003, p. 7 e 377) descreve que “a função do enfermeiro no atendimento às necessidades humanas básicas visando à promoção ou ao restabelecimento da saúde está em constante modificação”(…); “quando falamos de cuidar do corpo não devemos pensar imediatamente no sentido usual da palavra que contrapõe corpo e alma, matéria e espírito”.

Carvalho (2004, p. 350) relata seu aprendizado sobre a temática “Cuidado de Enfermagem”, referindo que durante seu cotidiano como enfermeira e docente no curso de graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, “aprendeu idéias primordiais e revelar a Enfermagem como arte de cuidar e de ensinar a cuidar”. Desde a graduação, tais idéias a impulsionaram “à curiosidade intelectual e aos intentos de buscar o conhecimento”, aprendendo sobre os seguintes princípios fundamentais:

- “O quanto mais e melhor aprende-se a cuidar é cuidando. Na enfermagem, o cuidado do paciente é central, é a suposição primeira e última a justificar a presença da enfermeira, no âmbito da arte de enfermagem”.

- “A prática de cuidar, na assistência à saúde, em qualquer instituição ou no domicílio, é demarcada pelos cuidados de enfermagem. A enfermeira não pode por lei e nem por dever moral abrir mão de sua responsabilidade de cuidar e de ensinar a cuidar”.
- “As necessidades dos clientes é que determinam os cuidados de enfermagem de que carecem”.

Face ao parecer 163/72, que dispõe sobre a matriz curricular do curso de graduação de Enfermagem daquela época, Carvalho (1973) analisa as competências e habilidades esperadas das alunas da graduação em Enfermagem pelo currículo da EEAN/UFRJ, durante o cuidado de enfermagem ofertado com base em uma metodologia para que pudessem atuar na vida profissional:

atuar como enfermeira no processo de assistência de enfermagem, identificando as necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade; fazer o diagnóstico de enfermagem; elaborar o plano de cuidados; avaliar a qualidade da assistência de enfermagem.

1.2 – Da sistemática para a sistematização do Cuidado de Enfermagem

Após a Segunda Guerra Mundial a área tecnológica avançou sobremaneira, “reforçando cada vez mais intensamente o paradigma dominante” (QUEIROZ, 1996, p. 309). Simboliza-se o termo paradigma aqui utilizado como “ciência do normal”, definido por Khun (1975). A ciência é “um conjunto de conhecimentos coordenados relativamente a determinado objeto” e o termo normal é um adjetivo referido a “moda, aquilo que mais ocorre; uma norma, regra, modelo ou disposição legal que não pode ser modificada pela vontade própria”, segundo Bueno (1986, p. 778).

Nesse contexto histórico, no interior de um paradigma mecanicista cada vez mais forte, o cuidado de enfermagem é direcionado à intervenção mais tecnicista, afastando-se do foco holístico sobre o sujeito do cuidado, com aproximação à idéia de que ele é um objeto de manipulação, onde “ações que visem o emocional, coletivo e educacional são reduzidas a conversas sem uma ação interventora” (QUEIROZ, 1986, p. 310).

Face a este paradigma mecanicista, pode ocorrer um desvio da ação cuidadora das enfermeiras, traduzindo a perda da sua autonomia em detrimento de normas hospitalocêntricas que subutilizam os profissionais enfermeiros, ao

não reconhecer a importância do cuidado e, ao mesmo tempo, “desviam a função desses profissionais para atividades administrativas e burocráticas”, conforme afirmam Bueno e Queiroz (2006, p. 224-5).

Embora, desde a formação, a enfermeira tenha habilidades e competências para o gerenciamento do cuidado de enfermagem, ela extrapole suas atribuições gerenciais de coordenação e organização dos serviços no interior das estruturas mecanicistas e hospitalocêntricas.

Nesses espaços, há uma gama de atividades com demandas de tempo, polivalência e multifuncionalidade da enfermeira, que a dificulta estar mais envolvida no cuidado direto ao cliente, (BARRETO, 2009).

Como área de saber e de prática organizada nesses cenários institucionais, a Enfermagem tem sido contestada por seus próprios profissionais (Hall, 2006). Bueno (2006, p.226) alerta que o desvio da ação cuidadora, além de traduzir a perda da autonomia no plano do saber em relação à pessoa em cuidado e à equipe de enfermagem, é inteiramente consistente com o paradigma mecanicista hegemônico no contexto de um hospital moderno.

Cabe ressaltar que a representatividade da atividade burocrático-administrativa não é considerada como a essência do trabalho de enfermagem e à qual a enfermeira possa exercer plena autonomia. Elas existem em organizações e empresas mundiais, estudadas por Max Weber (MORGAN, 2000).

A essência do trabalho de Enfermagem é o sujeito cuidado, mesmo diante de situações-problema no cotidiano hospitalar, onde nasce o interesse pela fundamentação teórica sobre a prática do Cuidado de Enfermagem, especificamente em relação à sistematização do cuidado de enfermagem e tratada ainda hoje, com discurso de cuidado, como Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Para Queluci (2009, p. 15) a “casuística assistencial de interesse profissional da prática da enfermagem” explicita o que é situação-problema como a *objetividade* daquilo que se entende por situação de enfermagem, alicerçando investigações e práticas do cotidiano de ensinar, gerenciar, pesquisar, cuidar e ser cuidado em Enfermagem. A situação-problema “ocorre em todas as etapas do processo de vida e está sempre presente nos momentos em que o ser humano necessita enfrentar obstáculos” seja para se adaptar à situação-problema ou

tomar decisões para superá-la, buscar soluções para seu crescimento e aprendizagem (QUELUCI, *op.cit.*, p. 19) e ainda refere que “uma característica importante da situação-problema é desafiar-nos para uma realização, de um lado, estruturada pelas coordenadas que lhe dão possibilidade e, de outro, que se expressa de pronto, em termos de aqui e agora”. Contudo, segundo Carvalho (2002, p. 114 *apud op.cit.*):

Um dos obstáculos de uma situação-problema é articular diversidade com singularidade. Diversidade porque sua álgebra pode ser expressa de muitos modos, ainda que cada caso seja único e demande uma compreensão que nunca se repete em sua singularidade.

Assim, ao longo de sua história, a Enfermagem se mostrou cada vez mais capaz de resolver situações-problema pertinentes à sua área. Potter e Perry (1996, p. 9) apontam que, em 1995, o Comitê de Ética da Associação Americana de Enfermagem “ênfaticamente enfatizou a Enfermagem enquanto uma profissão independente”, publicando normas para sua prática.

Essas normas publicadas foram aceitas por enfermeiras daquela época como uma metodologia de assistência de Enfermagem, sustentando a profissão e despertando novas reflexões sobre o que é Enfermagem. Isso fez com que emergisse novas tendências para a construção dos saberes e para a prática do cuidar.

O desenvolvimento de teorias inerentes tem sua importância por possibilitar o “crescimento e enriquecimento” da Enfermagem como ciência (*op.cit.*), desde que aplicadas e testadas na prática para serem refutadas ou comprovadas (CARVALHO, 2003).

A aplicabilidade das teorias se concretiza por meio de um “instrumento metodológico” que “organiza e favorece o cuidado de enfermagem”, denominado como processo de enfermagem construído sob quatro proposições – enfermagem ao paciente, para o paciente, pelo paciente e com o paciente. (POTTER E PERRY, 1996, p.18).

A partir de 1950, avanços na construção e na organização de modelos conceituais como Enfermagem/Ser Humano/Ambiente/Saúde essenciais à prática profissional permitiram a elaboração de teorias de enfermagem, que relaciona tais

conceitos e explica e direciona a assistência de enfermagem prestada ao ser humano. (NOBREGA e SILVA, 2009).

Ao traçar a evolução histórica da enfermagem em busca de bases científicas para o cuidado, Cianciarullo [*et al*] (2001, p.41 -5) relatam que:

Enfocando as medidas de alívio e manutenção da higiene, *Florence Nightingale* diferenciou as ações da enfermeira das ações do médico, marcando o início da preocupação da enfermagem com a sua identidade profissional (...) surge os estudos de casos, precursores dos planos de cuidado (HENDERSON, 1973) propostos como uma forma de organização e individualização do cuidado de enfermagem.(...) No Brasil, a utilização de estudo de caso foi descrita por Vidal, em 1934, em uma publicação intitulada *O estudo de caso*, na *Revista Annaes de Enfermagem*, onde a mesma sugeriu que esse método fosse organizado, compreendendo: história, sintomas subjetivos e objetivos, exames, diagnóstico social e médico, tratamento médico e de enfermagem, complicações e alta.(...) desde a década de 50 encontra-se referência na literatura sobre o termo diagnóstico de enfermagem, utilizado pela primeira vez por Vera Fry .

No Brasil, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma ação privativa da enfermeira, de acordo com a Lei 7498 de 25 de Junho de 1986 / Decreto Federal, respaldando a enfermeira para o exercício pleno de sua profissão (BRASIL, 1987). Há também a Resolução 272/02 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que considera a SAE como 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.

Paim (1986, p 50) alerta que a metodologia científica em Enfermagem serve para produzir, utilizar ou comunicar, de forma sistematizada, os conhecimentos inerentes à profissão ou ao campo de ação da enfermeira. Entretanto, refere que a enfermeira pode desempenhar o cuidado de Enfermagem operando de forma assistemática.

Uma barreira para a prática da SAE, citada por Rossi e Carvalho (2002, p 22) é “a escolha, interpretação e aplicação do modelo conceitual”. Cianciarullo *et al* (2001, p 19) descreve que “até o final da década de cinqüenta, pouco uso se

faz do termo ‘ciência de enfermagem’”. Fourez (1995), afirma que “a ciência é uma prática que substitui continuamente por outras as representações que se tem do mundo”. Vale lembrar que Carvalho (2003) aponta a Enfermagem como uma “ciência em-vias-de-se-fazer”.

A atribuição para aplicação da SAE é legitimada e legalizada no Brasil dando base para sustentação e aplicação, sem que ela seja cerceada e conferindo-lhe autonomia.

Todavia, como apresentado na problematização desta investigação, aparentemente, a SAE não tem sido implantada em todas as instituições de Saúde, a respeito da legislação vigente e em prejuízo a cientificidade da Enfermagem, impossibilitando a comprovação ou a reformulação das teorias na prática de cuidar.

Em meados de 2001, Cianciarulo [*et al*] (*op. cit.*) sintetizam a experiência de vinte anos vividos pela Enfermagem na conquista de um Sistema de Assistência de Enfermagem, entre a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP e o Hospital Universitário - HU-USP.

Em síntese, relatam que a SAE engloba as seguintes fases: escolha da modalidade Teórica de Enfermagem; adoção de um Processo de Enfermagem com base numa filosofia documentada, vivenciada e compartilhada em um suporte educativo que subsidia o desenvolvimento dos recursos humanos; definição de padrões e critérios de qualidade e a implantação do processo de auditoria assistencial; estabelecer metas e prazos; documentação e divulgação dos resultados obtidos; avaliação e reavaliação sistemáticas das metas estabelecidas *versus* resultados obtidos; delinear novas diretrizes para o desenvolvimento de conhecimentos na área de Enfermagem.

Este discurso de Cianciarullo traz a realidade de uma época, de determinada sociedade e instituição, que juntos, com a produção de conhecimento, aliança de expectativas e possibilidades construíram sua identidade. Identidade tal como almejamos, mas que não é a identidade de toda Enfermagem, mas que serve como referencial bibliográfico e modelo com possibilidade de aplicação. Já, na prática, para a nossa realidade, emergem alguns questionamentos quanto à construção de uma identidade científica da Enfermagem, pois a enfermeira que trabalha sem ciência, trabalha de forma

empírica (?). A legislação nos impõe que não há mais espaço para o empirismo na atividade laboral, desta forma dar-se-ia o termo imperícia.

De acordo com Nóbrega e Silva (2009) o processo do planejamento do cuidado de Enfermagem se divide em três fases:

- Fase 1: estabelecimento de diagnósticos prioritários: satisfação das necessidades ocorre de nível mais básico (fisiológicas) para as de nível mais complexo (de auto-realização).

- Fase 2: definição dos resultados e metas de enfermagem: “O que esperamos, exatamente, que o cliente realize e para quando esperamos que seja realizado?”

- Fase 3: prescrições das intervenções de enfermagem: Sistema de Classificação das Intervenções de Enfermagem (*Nursing Intervention Classification – NIC*), para a NANDA ou Classificação das Ações de Enfermagem, para a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE®).

. Tipos de intervenções de enfermagem: dependentes (implementação de recomendações médicas); interdependentes (realizadas em conjunto com outras disciplinas) e; independentes (atendimento aos diagnósticos de enfermagem).

. Classificação das intervenções: intervenções de cuidado direto (em interação direta com o cliente) e; intervenções de cuidado indireto (na ausência do cliente, mas visando o benefício dele ou de um grupo de clientes, como o controle do ambiente, do atendimento à saúde e a colaboração interdisciplinar).

Seis eixos fomentaram a construção da classificação das intervenções de enfermagem, na Versão Alfa da CIPE®, a saber:

A: AÇÕES – intervenções de enfermagem subdivididas de acordo com a prática do enfermeiro.

B: OBJETOS – de acordo com os objetos da prática de enfermagem, fenômenos ou objetos que não sejam fenômenos.

C: MÉTODOS – procedimentos e intervenções.

D: MEIOS – instrumentos e recursos humanos.

E: LUGAR DO CORPO – localização e vias anatômicas do sujeito do cuidado

F: TEMPO/LUGAR – tempo/local da prática. (CIE, 1996)

As prescrições de enfermagem podem se caracterizar em três aspectos: prescrição a curto prazo, a médio prazo e a longo prazo.

As prescrições a curto prazo geralmente estão relacionadas a fenômenos que necessitam de intervenção rápida (risco de queda e lesão, por exemplo). As

de médio prazo se relacionam a necessidades que necessitam de um maior tempo para serem satisfeitas (mobilidade física prejudicada, por exemplo) e as de longo prazo, normalmente se referem ao plano de alta.

Ao descrever as metas estabelecidas, na Fase 2 do processo de planejamento do cuidado, a enfermeira acompanhará a evolução do cliente e avaliará se o resultado foi completamente adequado, substancialmente adequado, moderadamente adequado, levemente adequado ou não adequado.

Este é um método de avaliação e um momento para reavaliar os resultados das intervenções de enfermagem (dependentes, interdependentes e independentes; cuidado direto e indireto).

“Pode-se dizer que colocar em prática a SAE faz-se necessário para que os sujeitos que recebem o cuidado de Enfermagem sejam vistos e cuidados em sua totalidade existencial, para que sejam tratados como pessoas individuais e não por número de leito, nome de patologia, nome de procedimento cirúrgico”. Este era meu primeiro pensamento construído, com base em conhecimentos produzidos na graduação em Enfermagem, reforçado com a prática como enfermeira que lutava para a implantação da SAE e ainda como docente de graduação e pós-graduação, o mesmo foi derrubado durante a construção da problemática do estudo dessa pesquisa. Inicialmente a questão problema era: “A não sistematização da assistência é considerada pelo enfermeiro como um dos aspectos que poderá por em questionamento a cientificidade da Enfermagem?”

As bases da nossa história têm que ser respeitadas, mas percebe-se que mudar a história, o contexto, a visão do mundo sobre nós e a nossa visão sobre o mundo é uma emergência para a Enfermagem.

Respeitar os conceitos e desejos de *Florence* e Horta, assim como outras teóricas da Enfermagem, é significativo, mas é preciso despertar para as necessidades atuais do sujeito que é cuidado e para as necessidades e realidade do corpo/sujeito que cuida.

O desmoronamento da minha questão problema (primeira) se deu ao refletir que no cotidiano da prática como aluna, enfermeira e docente, pude perceber que mesmo na ausência da SAE, a enfermeira cuida do sujeito. “Como essa enfermeira sistematiza seu cuidado?": foi a curiosidade que me impulsionou a construir o objeto de estudo da presente pesquisa.

2 - Metodologia

O objeto de estudo, delimitado como a sistemática do cuidado que as enfermeiras adotam para cuidar de sujeitos no cotidiano hospitalar, teve como questão norteadora:

- Se a orientação para a SAE é uma questão de nossa época e se as enfermeiras não sistematizam sua prática instrumentalizadas de forma científica então como a sistemática do processo do cuidado se apresenta empiricamente?

Ao ocupar o cenário do cuidado, como docente de graduação em Enfermagem, observou-se que as enfermeiras deste cenário, como protagonistas do processo de cuidar, utilizam uma sistemática oculta/escondida em ações empíricas quando cuidam dos clientes nos diversos espaços de saúde, sendo esta afirmativa o pressuposto deste estudo. A busca da confirmação ou infirmação deste pressuposto é o que conduziu à metodologia descrita neste capítulo.

O mergulho no mundo das enfermeiras sustentou essa longa jornada, em busca de resposta(s) à questão norteadora. Um mundo compreendido como “um conjunto histórico de normas e significações, de símbolos e de valores”, transcendendo-se o determinismo biológico. (CAPALBO, 1997, p 19).

O grande desafio no processo de coleta de dados foi manter um olhar, o olhar sem impregnação de preconceitos, o que foi tarefa árdua para uma, metaforicamente falando, “marinheira de primeira viagem”. O se despir e a obrigatoriedade de encher a “cesta vazia”, fomentaram a desconstrução do pensamento progressivo para o alcance do objeto deste estudo.

2.1 - Natureza do Estudo

Estudo exploratório com abordagem qualitativa. A escolha por este tipo de abordagem decorreu da exigência imposta pela natureza do objeto de estudo, que deve ser contemplado por meio de significados subjetivos, dos motivos, das aspirações, das atitudes, das crenças e valores.

Para Figueiredo (2004, p.103), as pesquisas exploratórias proporcionam maior familiaridade com o problema com o “intuito de torná-lo mais explícito”. Essas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições.

2. 2 - Cenário

Como campo de pesquisa, as unidades de internação de clínica médica e cirúrgica de dois hospitais públicos no município de Volta Redonda, no estado do Rio de Janeiro, voltados para atenção à saúde do adulto e do idoso, subsidiaram a etapa para coleta de dados.

Cenário 1: trata-se de um hospital público municipal, centro de referência para cirurgia geral eletiva e internação para clínica geral. Há enfermarias de clínica cirúrgica com única estrutura física constituída de dezessete leitos distribuídos para homens, mulheres e crianças. As de clínica médica possuem duas estruturas físicas independentes para homens e mulheres, com dez e sete leitos respectivamente. Todavia, anexo a esta última, há um espaço para clientes de ambos os sexos. Embora este local seja denominado de Unidade Intermediária, todos os funcionários e recursos são da enfermaria feminina.

Em relação à Enfermagem, há onze enfermeiras para cuidar nas clínicas cirúrgica e médica com a seguinte escala mensal: três enfermeiras trabalham de Segunda a Sexta-feira, sendo duas no período de 7 as 13h (Manhã) e uma no período de 13 as 19h (tarde); sete cumprem plantões de serviço por 24 h, sendo um plantão semanal, ou seja, uma por dia da semana. A supervisão geral atua no setor de pronto atendimento no serviço diurno dos dias úteis da semana. Já nos feriados, finais de semana e período noturno supervisiona todos os setores de enfermagem, excetuando a unidade de terapia intensiva (UTI).

Cenário 2: o outro hospital é uma autarquia pública municipal, centro de referência para atendimento de urgência, emergência de média e alta complexidade, traumatologia-ortopedia, cirurgia torácica, neurocirurgia, obstetrícia e UTI Neonatal. Possui uma clínica cirúrgica com 32 leitos para clientes do sexo masculino e feminino e uma clínica médica com 24 leitos a serem ocupados por clientes de ambos os sexos, conforme a demanda.

Quanto à escala mensal para as clínicas médica e cirúrgica, há onze enfermeiras, sendo que uma agrega dois vínculos.

Na clínica cirúrgica, uma atua de Segunda à Sexta-feira, de 7 às 13h, com atividades mais direcionadas ao gerenciamento do setor; duas plantonistas para o

SD, em regime de 12 x 36h, apenas de Segunda a Sexta-feira, para o cuidado aos clientes internados.

Para a clínica médica, há uma enfermeira diarista responsável pela Enfermagem e pelo gerenciamento do cuidado, no horário de 7 às 13h.

Sete enfermeiras são plantonistas, no regime de 24 horas semanais, distribuídas pelo serviço noturno (SN), em 12 horas, de Segunda a Sexta-feira e 24 horas nos finais de semana, feriados e ponto facultativo, sendo responsáveis pela supervisão geral de Enfermagem, excetuando-se nos setores de pronto atendimento, UI e UTI.

A coleta de dados foi realizada junto a quatorze sujeitos da pesquisa, através de a observação sistemática, direta e não-participante.

O tempo total para coleta de dados foi de 84 horas, sendo observado, no cenário 1, ao longo de 6 horas, 3 chefes de Enfermagem dos setores de clínica médica e clínica cirúrgica. Dessas enfermeiras, uma é responsável também pela equipe de Enfermagem da unidade intermediária (UI). Observou-se uma enfermeira que atua nos setores de clínica médica, cirúrgica, UI e pediatria no horário de 13 às 19 h (tardista); duas plantonistas do serviço diurno, por 12 horas, sendo duas enfermeiras da supervisão geral, não atuantes na unidade de terapia intensiva e dois supervisores plantonistas do serviço noturno, de 19 às 22 horas.

Ao observar as chefes de Enfermagem da clínica médica masculina, da clínica médica feminina (que também cobre a UI) e da clínica cirúrgica, foram consideradas todas as ações e atos, pois o material obtido foi valioso e enriquecedor para a análise e discussão dos resultados, conforme critérios de inclusão.

Quanto à supervisão geral, considerou-se as ações e atos das enfermeiras junto aos clientes internados nos repousos do pronto socorro adulto (PSA), que aguardavam vaga nas enfermarias ou vaga em outras instituições públicas hospitalares.

Já no cenário 2, observou-se duas enfermeiras responsáveis pela supervisão do cuidado direto de enfermagem da clínica cirúrgica, na média de 9 horas cada uma e, por 6h, duas chefes de enfermagem, uma da clínica cirúrgica e a outra clínica médica. Quanto ao SN, observou-se dois sujeitos, de 19 às 22h.

2.3 - Participantes da Pesquisa

Participaram da pesquisa quatorze sujeitos (12 enfermeiras e 2 enfermeiros) que cuidam de clientes adultos e idosos internados nas clínicas cirúrgicas e médicas. Os seguintes critérios de inclusão foram atendidos:

- Ser enfermeira(o) com vínculo empregatício ou lotada(o) na instituição/cenário do estudo; estar atuando em unidades de internação hospitalar de clínica médica e cirúrgica no momento da coleta dos dados e aceitar participar do estudo com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como critérios de exclusão destacam-se:

- Ser enfermeira(o) sem vínculo empregatício ou não lotada(o) na instituição/cenário do estudo; estar atuando nos demais setores da instituição/cenário para a pesquisa no momento da coleta de dados e não aceitar participar do estudo com a assinatura do TCLE.

2.4 - Estratégia de Produção dos Dados

A técnica de coleta de dados foi a observação sistemática, direta e não-participante, com uso de um diário de campo para anotar situações vivenciadas pelo sujeito da pesquisa que relacionam-se com a prática de sistematização do processo de cuidar das enfermeiras e enfermeiros que aceitaram participar do estudo. Inicialmente foram anotados os dados demográficos dos participantes como: idade, tempo de formação, tempo de experiência com cuidados de Enfermagem aos adultos e idosos em clínicas médicas e cirúrgicas.

A técnica de observação sistemática, direta e não-participante foi realizada em dia pré-agendado pelos sujeitos que concordaram autorizar a sua participação, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I).

Para Severino (2007, p 125), a técnica de observação é “todo procedimento que permite acesso aos fenômenos estudados. É etapa imprescindível em qualquer tipo ou modalidade de pesquisa”. Entre as diferentes configurações da observação, optou-se pela sistemática⁵ por ter “como característica básica o planejamento prévio e a utilização de anotações e

de controle de tempo e da periodicidade (...).” (CERVO; BERVIAN e; SILVA, 2007, p. 31). Para tal, deve-se elaborar um roteiro em que os dados já são colhidos de forma organizada, podendo ter a forma de quadro, *checklist*, escala, entre outros.

A opção por observação direta deve-se pela necessidade de um acompanhamento *in loco* das experiências diárias dos sujeitos com a finalidade de se apreender a realidade que os cercam. (LUDKE; ANDRÉ, 1986, p. 26). Entretanto, cabe ressaltar que não houve intervenção da pesquisadora, “evitando se envolver ou deixar-se se envolver com o objeto de observação”. (CERVO; BERVIAN; SILVA, idem). Nesse caso, o “pesquisador é um expectador” em que toma contato com uma realidade sem a ela se integrar. (CIANCIARULLO, 1988, p. 8).

A princípio, protagonizar uma *voyeur*, parafraseando Bardin (2009, p 11), não foi tarefa fácil, “tarefa paciente de ‘desocultação’, onde o analista não ousa confessar-se e justifica a sua preocupação, honesta, de rigor científico”. Na primeira observação sofri muito ao aguardar que a enfermeira atendesse às necessidades dos clientes e neste primeiro dia, após coleta de dados, me senti co-autora de uma situação problemática, onde um cliente torporoso gemia e apresentava oligúria. A enfermeira observada olhou o coletor de urina vazio e investigou no prontuário a diurese anotada, constatando verbalmente a oligúria. Contudo aguardou a médica assistente, por quarenta minutos, para que a mesma tomasse alguma conduta. Torna-se relevante explicar que essa enfermeira não ficou estática no tempo, quarenta minutos paralisada à espera da médica, envolvendo-se com outras ações e continuamente olhava o cliente e se mostrava aparentemente incomodada com os gemidos. Atuo junto à mesma, eu como supervisora de estágio e ela como chefe de Enfermagem desse setor, ocupando o mesmo cenário e vê-la em seu cotidiano, cuidando e gerenciando o cuidado, reconheço seu potencial e conhecimento e não identifiquei os motivos particulares que levaram essa enfermeira à tal conduta.

⁵A observação sistemática é, também, denominada de observação estruturada, planejada ou controlada. (LAKATOS; MARCONI, 1988, p. 170).

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética, como sendo uma observação não participante. Então, por princípios éticos, segundo o comitê, deveria manter-me afastada de qualquer ação, novamente como *voyeur*. Contudo, não poderia mais, por ética profissional, dever moral e humanismo, aguardar muito tempo para observar os clientes em sofrimento ou em risco de sofrer alguma lesão. Desta forma, diante de situações similares, onde minha consciência pesava com o sofrimento dos clientes e não intervenção das enfermeiras, minimizei o prazo para observar se essas atendiam ou não as necessidades dos clientes. Após denominar a atenção a essas necessidades como atendida, não atendida e parcialmente atendida, sinalizava em poucas palavras ou gestos e olhares para as enfermeiras a necessidade de atenção à saúde.

Para melhor organização dos dados a serem colhidos, os seguintes aspectos foram considerados no roteiro de investigação (Apêndice II): os objetivos de se observar a prática de cuidar da enfermeira nas clínicas médicas e cirúrgicas; como os cuidados da enfermeira são implementados; os critérios estabelecidos por ela para o cuidado de Enfermagem; como avalia a intervenção realizada e o cliente; como são registrados as intervenções e avaliação sobre o cliente. Esses aspectos foram registrados detalhadamente, em um diário de campo (Apêndice II).

Os registros das observações realizadas foram realizados em um pequeno bloco de notas, como um diário de campo, para que não se chamasse muito a atenção de outros sujeitos presentes no cenário da pesquisa, com utilização de caneta preta ou azul. Os versos das folhas não foram utilizados, minimizando movimento da observadora na mudança de páginas e facilitando posteriormente o fechamento das observações.

Para fins éticos e com o intuito de não inibir o sujeito da pesquisa, no momento em que o fenômeno observado envolvera, no cenário, outros sujeitos, como, por exemplo, pacientes ou outros profissionais de saúde, as anotações foram realizadas em um outro momento e cenário oportunos, mantendo-se pouco intervalo entre ação observada e registro, para que detalhes do fenômeno observado não fossem esquecidos ou confundidos, mantendo-se a fidedignidade do fenômeno e o tempo em que o mesmo ocorreu.

- Detalhamento dos registros:

- Descrição dos sujeitos: aparência física, seus maneirismos, seu modo de vestir, de falar e de agir.
- Reconstrução de diálogos: palavras e gestos do sujeito observado.
- Descrição das anotações do observado: onde, o que anota e para quem anota.
- Descrição de eventos especiais: as anotações incluíram o que ocorreu, quem estava envolvido e como se deu esse envolvimento.
- Descrição das atividades: descreveu-se as atividades relacionadas à sistemática do processo de cuidar da enfermeira, inclusive a seqüência em que ocorre.

- Tipos de controle e verificação para validação das observações:

Ao iniciar a coleta de dados registrou-se: data; horário; cenário; evidenciou-se o sujeito da pesquisa que fora identificado como, por exemplo, P₁ (Participante número 1); seguindo da descrição do fenômeno observado, mantendo-se o anonimato das pessoas envolvidas. Para prevenir viés de confundimento e para fins éticos, os sujeitos do cuidado e demais sujeitos envolvidos no processo de cuidar foram codificados por letras e números. Registrou-se de forma clara e sucinta, sem perder a exatidão dos fatos e o foco/objetivo geral da pesquisa, o controle da data e hora em que os dados foram coletados. Houve o registro das observações e reflexões sobre as ações de cuidar da enfermeira, “descrevendo-as primeiro e fazendo comentários críticos, em seguida, sobre as mesmas”. (TRIVIÑOS, 1987, p. 154).

Após o término de cada dia de coleta dos dados, foram elaborados relatórios individuais, ou seja, para cada sujeito observado, visando subsidiar a etapa de análise. Após digitação dos dados, os mesmos foram mostrados para as três primeiras enfermeiras observadas, para validação do instrumento de coleta de dados, quando as mesmas não apontaram oportunidades de melhorias ou discordaram do método ou conteúdo do registro.

2. 5 – Organização dos resultados e Análise de Dados

Para Ludke e André (1986, p. 45), “analisar os dados qualitativos significa “trabalhar” todo o material obtido durante a pesquisa, ou seja, os relatos de

observação, as transcrições de entrevista, as análises de documentos e as demais informações disponíveis”

O processo de tratamento analítico fundamentou-se na Análise de Conteúdo, defendida por Bardin (1977, p.42) como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo de mensagem, indicadores (quantificáveis ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Para essa autora (*op. cit.*), a análise de conteúdo divide-se em três pilares. O primeiro é a pré-análise, compreendendo a fase de organização propriamente dita dos dados. O segundo refere-se à exploração do material, quando se procura responder aos elementos determinados na fase exploratória do estudo, utilizando normas de validade como a exaustividade em relação aos aspectos do roteiro, a representatividade do universo pretendido, a homogeneidade e a pertinência. O terceiro abrange o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, com formulação dos pressupostos iniciais.

Neste sentido, transcendeu-se o *métier* (ofício) do *voyeur* para o inexpugnável *gadget*, ao analisar mensagens por esta dupla leitura, como agente dupla, *voyuer* e *gadget*, aquela leiga que teve contato com a fonte primária (a investigadora) como espreitadora (*voyeur*) e aquela que imergiu no desconhecido, como um instrumento invencível e seus apetrechos (*gadget*), sendo o maior deles a luz da literatura, entendeu-se que:

o maior interesse deste instrumento polimorfo e polifuncional que é a análise de conteúdo reside – para além das suas funções heurísticas e verificativas – no constrangimento por ela imposto de alongar o tempo de latência entre as intuições ou hipóteses de partida e as interpretações definitivas. (BARDIN, 2009, p 11).

Para tal ocorrência, necessitou-se utilizar ferramentas que desbravassem o caminho para as unidades de significação. Contudo não havia ferramentas prontas que possibilitassem explicação no que se refere a um modo de organizar os dados coletados. Apenas “dicas” que podem ser, metaforicamente, comparadas a “poções mágicas”.

Os principais “ingredientes da poção” utilizada foram as ações e atos das enfermeiras observadas, nos momentos referentes ao processo de cuidar, sendo estas enfermeiras, participantes do estudo, sempre receptivas a pesquisadora - *voyeur*. Os resultados foram estocados à luz de Dodebei (2002), na matriz da pesquisa (Apêndice II) e nos tesouros (Apêndice IV), respeitando-se as preconizações para explorar os resultados, à luz de Bardin (1977). Para compreender a poção [e fortalecimento da *gadget*] foram necessários dias e noites intermináveis de leituras da produção científica de Carvalho, Tonini, Figueiredo e outras ilustres enfermeiras que dedicaram sua vida para ensinar a pesquisar em Enfermagem. Como preparar a poção? Só mesmo no papel de aprendiz e mestranda do Programa de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – EEAP, é que se pode humilde e ousadamente afirmar que aprendeu, no meu caso, a afirmativa de que estou em processo de aprendizagem. Mas Dodebei e Bardin nortearam para ser “bruxa ou feiticeira” (a pesquisadora).

Elaborou-se uma matriz contendo os elementos da fase exploratória da pesquisa, para alcance dos objetivos deste estudo: mostrar a sistemática do cuidado de Enfermagem prestado por enfermeiras aos clientes internados nas enfermarias; discutir as implicações desta sistemática empírica das enfermeiras para Enfermagem e apresentar um instrumento para diagnóstico do modo de fazer de enfermeiras no processo de cuidar.

A matriz da pesquisa baseou-se nos preceitos de Dodebei (2002, p. 19), pois busca o conhecimento. Para Vickery (1982, p. 145-149) o conhecimento é de dois tipos:

(...) conhecemos um assunto por nós mesmos ou sabemos onde podemos encontrar a informação sobre ele. No último caso, o conhecimento torna-se público, formando estoques de informação que precisam ser organizados para a socialização de seu uso.

Para garantir que a observadora respeitasse o objeto deste estudo e preservasse os fenômenos e fatos observados, houve o zelo bachelardiano, que implica, entre outros, em não permitir a indução de conhecimentos preconcebidos, para não inferir na coleta de dados.

Para o alcance de conhecimento das unidades de significação, a matriz deste estudo fundamentou-se na “matriz documentária”, que, segundo Dodebei (2002, p. 27), é um instrumento no qual “toda coleção documentária pode ser representada por um quadro de entrada dupla, em que se atribui cada linha a um documento e cada coluna a um das múltiplas características a partir das quais serão ulteriormente procurado os documentos.”

Essa formação simbólica nos possibilita edificar “o conjunto de elementos que permite o acesso aos documentos de uma coleção a partir de suas características e a sistemática dos processos de seleção” (*op.cit.*). Desse modo, no momento da observação sistemática do processo de cuidar de enfermeiras, método eleito para a coleta de dados, buscou-se os seguintes elementos, no esqueleto da observação (*op.cit.*, p. 28):

- . Objetos (coisas que queremos representar).
- . Propriedades (características de tais coisas).

A partir desse conhecimento formaram-se as memórias documentárias, ou seja, o estoque das informações. Esse estoque de informações serve como uma fonte de conhecimentos produzidos por nós mesmos ou como produto de pesquisas que realizamos em busca de respostas à questão problema de um estudo, que precisa ser organizado para se tornar público a partir de representações geométricas, facilitando a busca de informações e a reunião de idéias, fatos e fenômenos em grupos que têm o mesmo significado ou relevância para a produção de conhecimento, de modo tal a manter uma síntese do pensamento do autor, para recuperação posterior de informações por múltiplos usuários. Assim, o conjunto das representações de conhecimento se transforma em estoque de informações que, de algum modo, precisa ser ordenado para melhor ser utilizado. De acordo com Dodebei (*op.cit.*), é nesse momento que se formam as memórias documentárias, consideradas “construções simbólicas do conhecimento”.

Para que uma memória documentária forneça fidedignidade de informações, torna-se relevante que o operador que alimentará o esqueleto de informações [tratado neste estudo primeiramente como matriz] seja imparcial, tendo a neutralidade como eixo principal para a ocorrência do rigor investigativo.

Japiassú (1991, p. 10-1), ao tratar de neutralidade, revela que cada pesquisador deverá zelar pela neutralidade em sua investigação por ter diferentes “objetos, perspectivas, métodos e influências recíprocas, um caráter deliberadamente (não-positivista) quanto às suas concepções da ciência”. Ao assumir a neutralidade, em busca de não inferir na coleta de informações, o investigador poderá encontrar elementos indispensáveis a um maior aprofundamento do estudo, não na tentativa de confirmar pressupostos ou hipóteses, mas na tentativa exaustiva de procurar respostas, à questão problema de sua pesquisa, próximas ao real, uma vez que o real, mesmo diante da neutralidade, pode se revelar como parcial, pois a “realidade” pode se dissipar por diversos fatores como a completude (parte do conhecimento científico), erro (conhecimentos falsos), repetição (o que mascara aquilo que não se repete), dispersão (singularidades) e valor (graus de importância), conforme afirma Dodebei (2002, p. 14).

Mediante esse preparo, criou-se a matriz deste estudo, representada na Figura I a seguir:

Figura I: Matriz da pesquisa/ Instrumento para coleta de dados

Local: Hospital _____

Participante: (nº ___) Sexo: _____ Data: ___ / ___ / 2009

Período observado: Hora início: ___ : ___ Hora término: ___ : ___

Itens observados na prática de cuidar das enfermeiras					
1	2	3	4	5	6
Prática de Enfermagem observada (sinalizar hora)	Manifestação da enfermeira (verbalizações, atitudes, ações, etc)	Circunstância Física	Descrição dos elementos referentes à identificação, intervenção e avaliação do cuidado ao cliente	Registros que a enfermeira realiza acerca das intervenções e avaliação do cliente	Observações

Nesta matriz, os itens, descritos na figura acima (de 1 à 6), observados na prática de cuidar das enfermeiras foram os objetos. Já as lacunas em branco foram os espaços reservados para a coleta de dados, ou seja, as propriedades.

Quanto às propriedades, vale enfatizar que ao registrá-las, buscou-se não dar significados ao que se via, preenchendo-se apenas o que de fato aconteceu, buscando não inferir nos resultados, na tentativa de manter a fidedignidade dos fenômenos observados.

Após leitura sistemática da matriz do diário de campo, uma pré-análise (primeira fase da análise de conteúdo) demonstrou a saturação dos dados. Mediante a exploração do material (segunda fase da análise de conteúdo) e

pensando-se no tratamento dos resultados (início da terceira fase da análise de conteúdo), elaborou-se um tesouro com vistas à identificação das unidades de significação.

O termo tesouro, linguagem de representação da memória documentária, vem do latim *thesauro* e do grego *thesauros*, teve sua origem na Grécia significando *Treasury or Storehouse*, tesouro ou armazenagem (repositório). É um “instrumento capaz de transportar conceitos e suas relações mútuas” (*op.cit.*, 2002, p 66).

Portanto, o tesouro foi utilizado como um segundo depósito da memória documentária, sendo o primeiro a própria matriz da pesquisa, utilizada como instrumento para coleta de dados, apresentada anteriormente na Figura I.

Mediante a dificuldade em explorar a memória documentária, nomeadas como propriedades, registradas nas lacunas da matriz da pesquisa, devido à diversidade de informações, fez-se necessário construir um tesouro, a partir de a análise temática. Reportou-se ao uso do tesouro para identificar, individualmente, as ações e atos que evidenciassem a sistemática do processo de cuidar de enfermeiras junto aos clientes internados nas enfermarias clínicas e cirúrgicas, representado na Figura II:

Figura II: Tesouro do Processo de cuidar de enfermeiras.



Três enfermeiras observadas, em contato com o material dos tesouros preenchidos, após a observação de cada uma dessas, validaram o instrumento.

Os tesouros forneceram uma maior visibilidade do processo de cuidar de enfermeiras atuantes nas clínicas médicas e cirúrgicas.

Cada tesouro foi explorado para uma maior compreensão individual, para somente após partirmos para o coletivo, em busca do corpo de doutrinas, ou seja, a sistemática.

A seguir, buscou-se elencar através dos desenhos, como diagramas, as familiaridades contidas no esqueleto dos tesouros. Novamente o desfecho elucidou para o fato de que havia uma singularidade em cada tesouro preenchido.

Assim, após leitura exaustiva dos tesouros preenchidos (Apêndice IV) percebeu-se a necessidade de reorganização dos dados, pois havia muitas diferenças no esqueleto desses tesouros já alimentados, pelas ações e atos específicos de cada enfermeira; a continuidade desses fenômenos e o desfecho de cada ato e ação; bem como suas relações mútuas, devido a singularidade de cada uma das enfermeiras observadas, o que dificultou caracterizar a sistemática do processo de cuidar adotada por elas. Compreendendo-se que trabalhar com os tesouros, apesar de detalhar as ações e atos de enfermeiras quando cuidam, não seria o que subsidiaria a construção do “como” a sistemática ocorre no processo de cuidar, voltou-se ao ponto de partida.

Então, em busca de um novo modelo de geometrização que pudesse diagnosticar o *modus operandi* dessa sistemática, decidiu-se em adaptar o macro-fluxo proposto por Kern *apud* Feldman (2009, p. 293).

Este macro-fluxo teve como objetivo a análise do fluxo do processo de cuidar adotado por enfermeiras. O termo processo foi utilizado por Kern como “um conjunto de atividades interrelacionadas ou interativas que transformam insumos (entradas em saídas)”.

O macro-fluxo de Kern adota os processos, classificando-os em gerenciais primários e apoio administrativo/infra-estrutura, a saber:

(...) os processos gerenciais são os que existem para coordenar e melhorar os processos de apoio e os primários. (...) Os processos primários são aqueles que se inter-relacionam com o cliente, no atendimento das suas necessidades.(...) Os processos de apoio administrativo e infra-estrutura são aqueles que sustentam os primários na obtenção do atendimento e da satisfação das necessidades do cliente, fornecendo produtos, insumos adquiridos, equipamentos, tecnologia, softwares, recursos humanos e informações. (...) os estratégicos são os processos por meio dos quais uma organização gera benefícios para seus clientes e para o negócio da organização (KERN apud FELDMAN, 2009, p 290).

Para adaptação do macro-fluxo de Kern, os dados observados foram organizados em três pilares denominados como: entrada (*input*), processos de cuidar e saída (*output*).

Entendeu-se que, para o cotidiano de cuidar das enfermeiras, a entrada consiste nos meios pelos quais fornecedores de serviços colaboram para atender e satisfazer as necessidades dos clientes.

Manteve-se a subdivisão do processo em três aspectos: o gerencial; gestão de pessoas e; estratégico. Os processos gerenciais fundamentam-se no processo gerencial primário; apoio administrativo e infraestrutura. Assim, elencou-se o atendimento as necessidades dos clientes como processos gerenciais primários, subdivididos em: cuidado direto e cuidado indireto. Como apoio administrativo, trabalharam-se as questões de insumos e produtos adquiridos; equipe; tecnologias; *softwares* e; informações. Já para a infraestrutura, consideraram-se os fornecedores de serviços observados no processo de cuidar ou referenciados pelas enfermeiras.

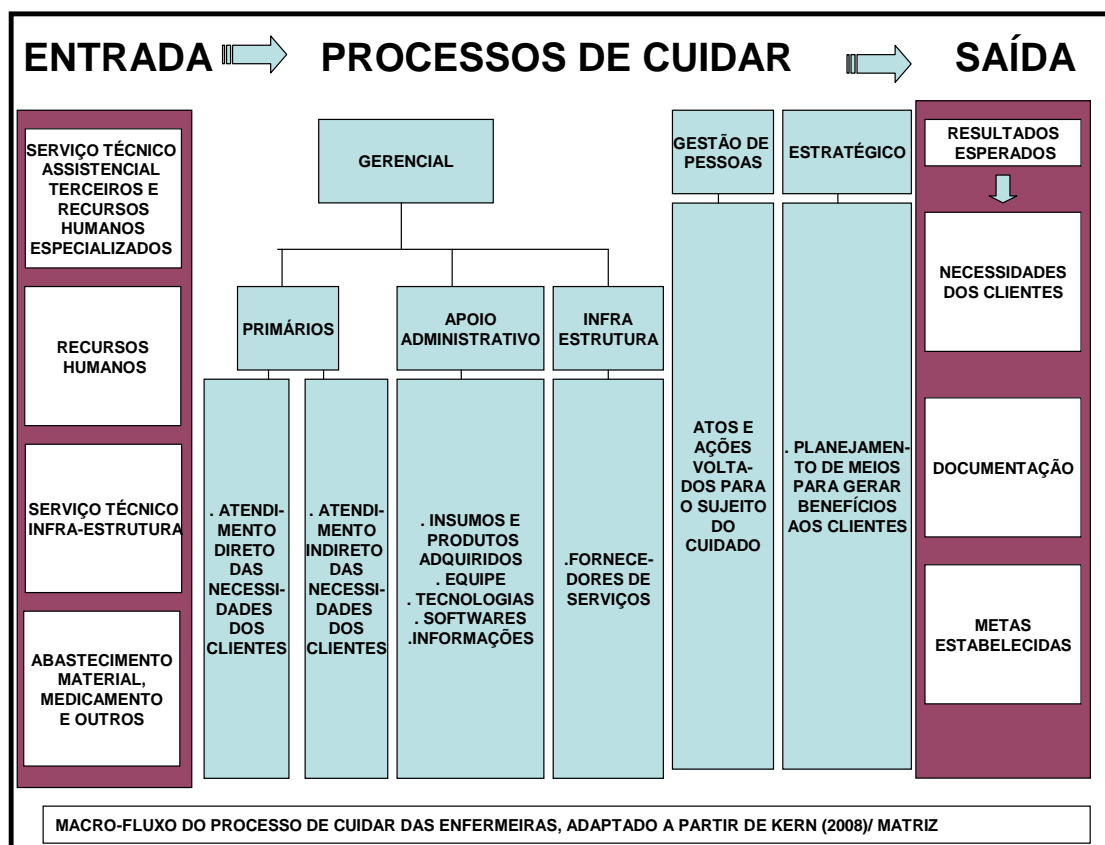
Quanto à gestão de pessoas, reuniram-se ações e atos que se preocupavam com o sujeito de enfermagem que cuida.

No processo estratégico, buscou-se evocar o planejamento realizado pelas enfermeiras que utilizaram meios com o intuito de gerar benefícios aos clientes internados nas enfermarias.

No terceiro pilar (*saída/input*), agrupou-se os resultados obtidos a partir de as ações e atos das enfermeiras que evidenciassem o atendimento às necessidades dos clientes; a documentação feita e utilizada por elas e as metas estabelecidas no processo de cuidar.

Desse modo, a Figura III apresenta o modelo adaptado para este estudo para a construção e preenchimento do macro-fluxo, possibilitando a identificação e caracterização do processo de cuidar prestada por enfermeiras aos clientes internados nas enfermarias.

Figura III: Macro-fluxo do processo de cuidar das enfermeiras



Após análise de conteúdo, os dados foram agrupados segundo a categorização semântica, ou seja, através de unidades temáticas. Assim, cada pilar (Entrada/Input, Processos de Cuidar e Saída/Output), foi explorado separadamente, analisando-se as propriedades de seus eixos temáticos como as unidades de significação.

A exploração do mapeamento oriundo dos eixos contidos no macro-fluxo nos permitiria discutir vários focos temáticos relevantes para Enfermagem, mas por se tratar da “sistemática do processo de cuidar adotada por enfermeiras” realizou-se o tratamento, indução e interpretação dos resultados [terceira (e última) fase da análise de conteúdo, proposta por Bardin, 1977] contidos nos pilares “Processos de cuidar”, especificamente no eixo “Gerencial/Primários”,

focalizando o “Atendimento das necessidades (direto e indireto) dos clientes” e o processo de cuidar “Estratégico”.

2. 6 – Aspectos Éticos

Após anuência da direção dos cenários propostos para este estudo, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CoEPS) do Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA.

Mediante contato com as gerentes de Enfermagem iniciou-se a pesquisa em campo, onde as participantes foram informadas sobre a natureza do estudo e após concordarem com o mesmo assinaram o TCLE, visando atender a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n 196/96. Foram e serão garantidos o respeito aos seus direitos; preservação de sua identidade e sigilo de seus depoimentos. A participação foi voluntária, podendo a participante desistir a qualquer momento e sem prejuízos de qualquer tipo para si.

3 - Resultados e Discussão das categorias

O presente capítulo apresenta os elementos oriundos de uma geometrização a partir de os dados contidos no diário de campo, pois “é pela medida exata que o objeto pode revelar-se como permanente e fixo”, conforme alerta Bachelard (2004, p. 56). A partir de o tratamento dos resultados à luz do referencial teórico-metodológico norteou-se a análise e discussão dos fenômenos caracterizados.

3.1 Em busca das categorias

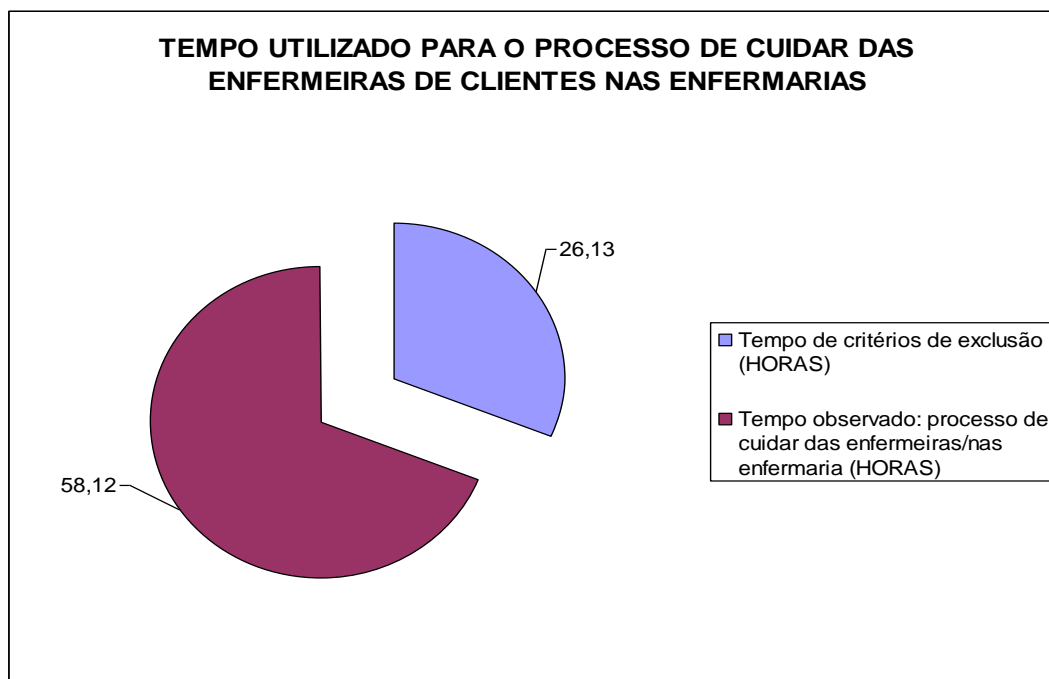
Bachelard (*op.cit.*) refere que “seja na medida exata, seja numa comparação qualitativa, sempre há apenas um juízo a respeito de uma ordem: um ponto vem após o outro, uma cor é mais ou menos vermelha que a outra”. Ao denotar a geometrização como um meio de chegar ao objeto de estudo, alerta para a possibilidade de confundimento oriundo da ótica persuasiva do investigador, devido à experiência primeira e assim os resultados podem ser analisados por diferentes ângulos. Todavia, os resultados, matematizados, podem ajudar o investigador a se aproximar dos conceitos, a criar classes para eles, pois “a precisão tudo vence, dá à certeza um aspecto tão sólido que o conhecimento nos parece de fato concreto e útil; ela fornece a ilusão de apalpar o real”. Diante disso, Bachelard ousadamente impõe um desafio ao investigador de um estudo: “quem quiser crer no real, meça-o”.

Como proposta de se colocar no papel desse investigador, encarando esse desafio proposto por Bachelard e em busca de desvelar a sistemática do processo de cuidar adotada por enfermeiras, mesmo cientes de que a “conceitualização sempre nos aparece como essencialmente inacabada”, conforme versa Bachelard (*op. cit*, p. 31), necessitou-se utilizar uma geometrização para melhor visibilidade de como as enfermeiras sistematizam o processo de cuidar.

A geometrização é um neologismo derivado pela contração das palavras geometria + ação, ou seja, um “caminho”(ação) para chegar ao “ramo da matemática que estuda a extensão e as propriedades das figuras”(geometria), segundo Bueno (1986, p. 530). Assim, as figuras aqui expostas representarão a geometrização da sistemática do processo de cuidar adotada por enfermeiras.

Contudo, de nada serviria descrever o envolvimento das participantes observadas no decorrer do estudo, sem antes apresentar como as enfermeiras ocuparam o cenário do cuidado durante a coleta de dados. O gráfico I e II abaixo explicitam essa ocupação.

Gráfico I



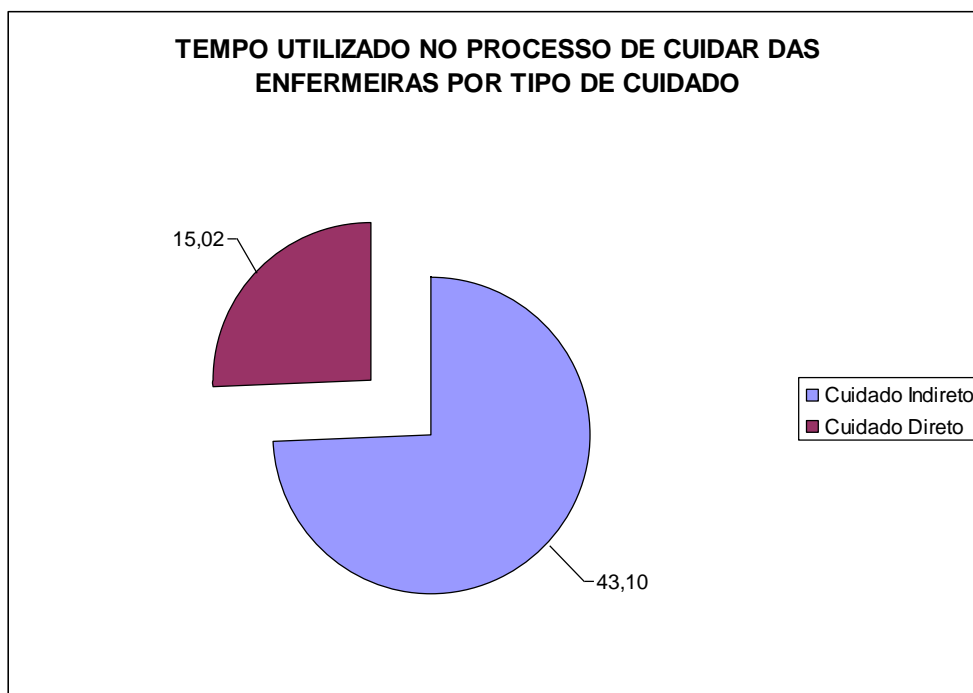
Fonte: Diário de campo. Dissertação de Silva, DCL, 2009.

Nota-se que a soma dos valores será igual à 84 horas e 25 minutos. Este tempo se refere ao total de horas onde a observadora esteve presente no campo de pesquisa, cenários 1 e 2, junto às 14 enfermeiras participantes/observadas do estudo.

Cabe ressaltar que 50% das enfermeiras atuam em uma unidade (clínica médica ou cirúrgica) e as outras 50% dão cobertura para todas as clínicas médicas e cirúrgicas, incluindo a unidade de atenção à criança (pediatria). Portanto, as 26 h 13 min de critérios de exclusão referem-se à atuação das enfermeiras em outras unidades que não as clínicas médicas e cirúrgicas.

Ao comparar o tempo utilizado pelas enfermeiras em atividades referentes ao cuidado direto e indireto, dentro das 58 h 12 min de interesse para este estudo, o seguinte gráfico seguir:

Gráfico II



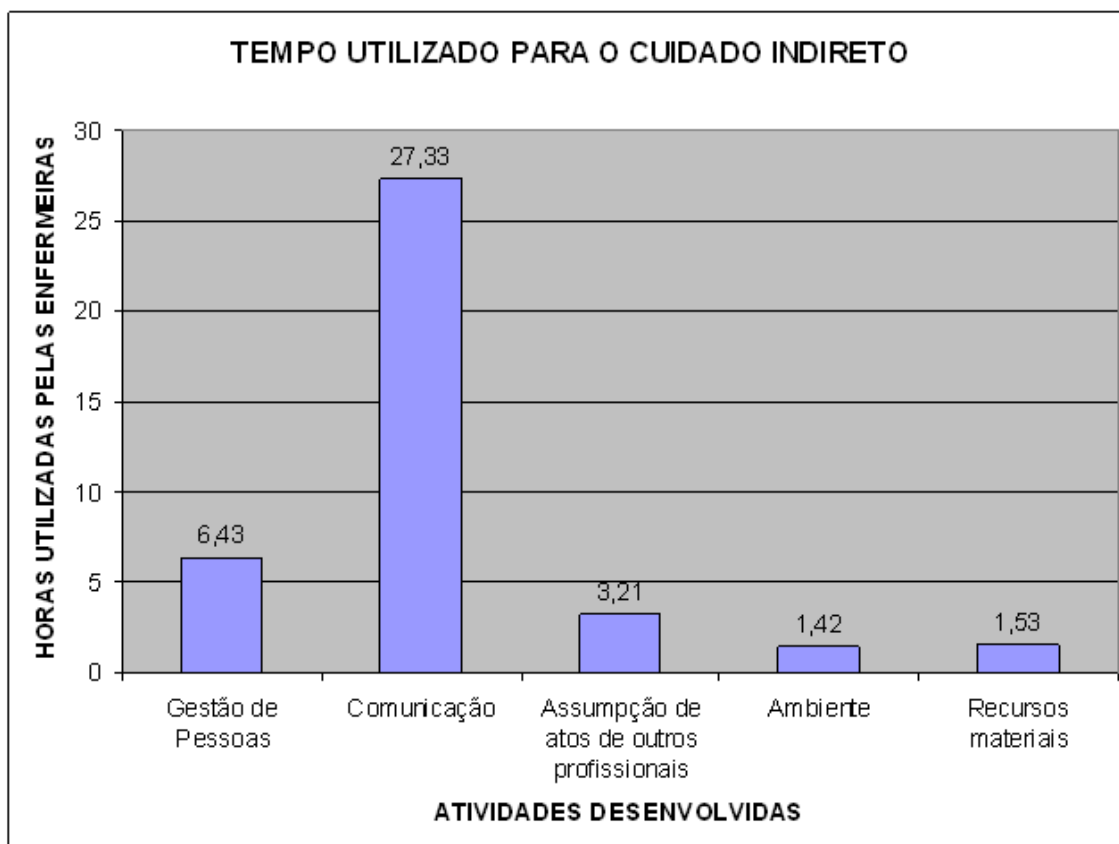
Fonte: Diário de campo. Dissertação de Silva, DCL, 2009.

O gráfico II revela que as enfermeiras utilizam 43 h 10 min no cuidado indireto e 15 h 02 min no cuidado direto.

Para o cuidado indireto, foram considerados os momentos em que as enfermeiras atuaram sem o contato direto com os clientes e para o cuidado direto, os momentos que essas enfermeiras conversaram com os clientes, bem como os momentos em que as mesmas observaram diretamente o sujeito cuidado, manipularam seu corpo ou anexos corpóreos.

Assim, vale caracterizar o tempo, utilizado para o desenvolvimento de atividades relacionadas ao cuidado indireto, cuja variação foi de um total de 43 h 10 min, no Gráfico III e direto, no total de 15 h 02 min, no Gráfico IV.

Gráfico III



Fonte: Diário de campo. Dissertação de Silva, DCL, 2009.

Os dados apontaram para a comunicação como um grande instrumento para as enfermeiras no processo de cuidar seguidos da gestão de pessoas. A assunção de atos de outros profissionais revelou soberania se comparada às questões de ambiente e recursos humanos.

Os dados que permitiram a construção desse gráfico referente à comunicação utilizada no cuidado indireto foram: recebimento e passagem de plantão; leitura de livros de registro de plantão dos técnicos e auxiliares de enfermagem, bem como a leitura de prontuários, exames e mapa de cirurgia; registrar admissões de clientes no período no livro de supervisão; preenchimento de memorandos internos solicitando serviços internos e remoção de clientes em ambulância; comunicar situação de clientes para os médicos assistentes; perguntar para auxiliares e técnicos de enfermagem sobre o estado de saúde dos clientes/pacientes e copiar em um rascunho dados sobre o sujeito cuidado para efetuar registro no livro de passagem de plantão da supervisão de Enfermagem.

A prescrição de cuidados de enfermagem ocorreu em maior número no cenário 2, contudo apenas por duas enfermeiras, sendo verbal e não escrita no prontuário do sujeito cuidado.

No cenário 2, as enfermeiras de uma clínica assumem o aprazamento de medicamentos prescritos e a seguir reavaliam a checagem referente a administração destes, enquanto nos demais casos as enfermeiras fazem a leitura de aprazamento e checagem de medicamentos prescritos por médicos.

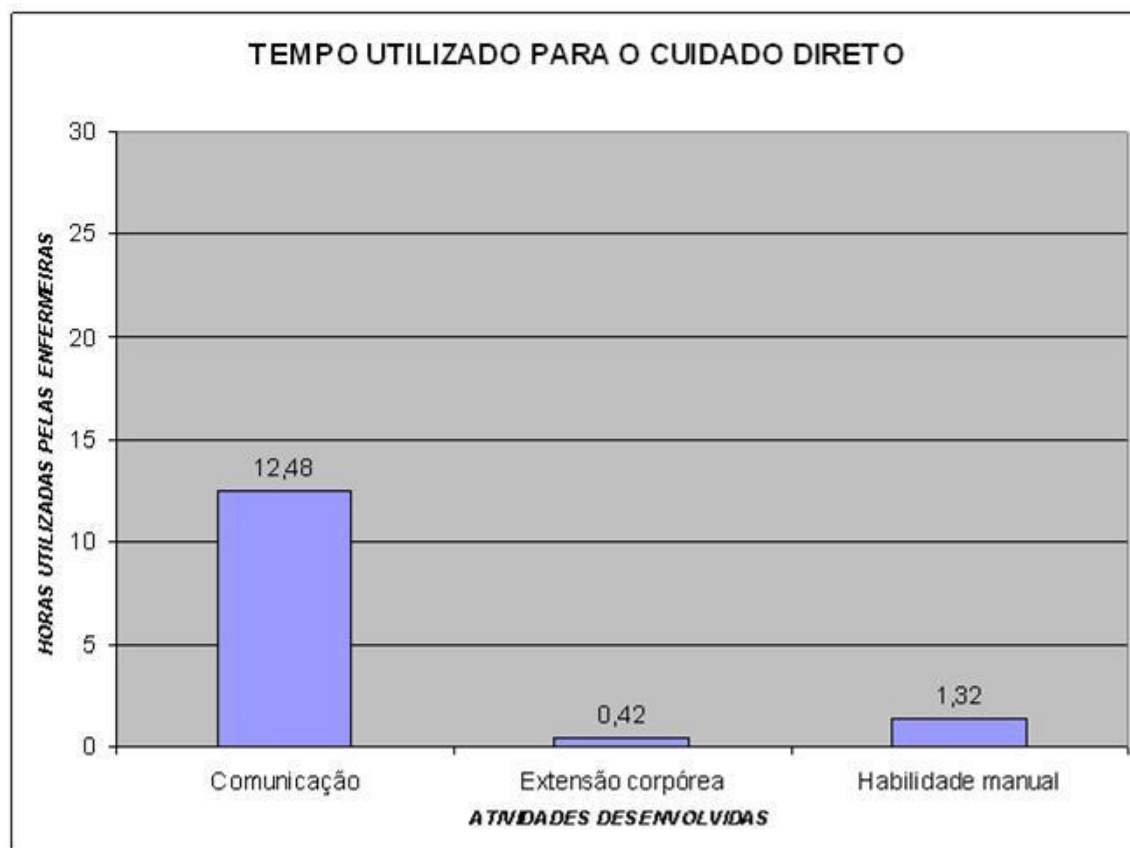
Quanto à gestão de pessoas, basicamente as enfermeiras fazem o controle de banco de horas e remanejam auxiliares e técnicos de enfermagem para outros setores com a finalidade de dar cobertura ao absenteísmo existente. No cenário 2, as enfermeiras que chefiam os setores das clínicas médicas e cirúrgicas escalam os auxiliares e técnicos de enfermagem de acordo com a demanda de cuidados. Já no cenário 1, os próprios auxiliares e técnicos de enfermagem negociam entre si os clientes que cada um assumirá durante a jornada de trabalho.

Em relação à assunção de atos de outros profissionais, foram soberanas as questões referentes ao agendamento de exames externos e solicitação de médicos para responderem pareceres; solicitação de hemocomponentes, bem como o recebimento dos mesmos e delegação para os auxiliares e técnicos de enfermagem para infundí-los; solicitação de nutrição enteral e parenteral; entre outros.

Quanto ao cuidado indireto referente aos recursos materiais, as enfermeiras se envolveram com as atividades administrativas de previsão, provisão, controle e organização de materiais necessários para a concretude dos cuidados diretos.

Já nas questões referentes ao ambiente, observou-se que três enfermeiras se preocuparam com a disposição do mobiliário nas enfermarias e apenas um participante (do sexo masculino) se preocupou com as questões de arejamento, diminuir iluminação e ruídos, sendo este o principal objeto de seu trabalho no horário noturno.

Gráfico IV



Fonte: Diário de campo. Dissertação de Silva, DCL, 2009.

Ao observar o tempo que as enfermeiras utilizaram no cuidado direto, a comunicação foi utilizada sobremaneira por elas e pouco utilizaram o tempo para atividades de cuidado que requerem a habilidade manual, tais como: punção venosa e o total-fazer pelo cliente, manipulação de cateteres, drenos e bombas infusoras.

No processo de comunicação utilizado no cuidado direto, teve-se como instrumentos básicos: olhar; conversar; orientar e tocar. Algumas enfermeiras olharam os clientes, umas indivíduo por indivíduo, outras para o coletivo, ou seja, entrando nas enfermarias e olhando para todos ali presentes sem focalizar seu olhar por muito tempo para um só indivíduo ou situação.

A comunicação verbal ocorreu mediante conversas com acompanhantes e clientes, ora por solicitação deles, ora por necessidade da enfermeira levantar as necessidades do sujeito cuidado ou se relacionar com eles.

A orientação como uma intervenção de enfermagem também foi observada, por pedido da clientela ou após avaliação do sujeito cuidado. Em menor ocorrência, a comunicação surgiu pelo sentido do tato quando houve a realização de exame físico ou o ato de acariciar o sujeito cuidado.

Em busca de resposta(s) para a questão problema deste estudo [- Se a orientação para a SAE é uma questão de nossa época e se as enfermeiras não sistematizam sua prática instrumentalizadas de forma científica, então como a sistemática do processo do cuidado se apresenta empiricamente?], deparou-se com três obstáculos na geometrização dos resultados apresentados nos gráficos acima (de I à IV): significantes, referentes e significações.

Para maior esclarecimento destes obstáculos, apoiou-se em Barthes (2007, p. 8), a saber:

Na verdade, os objetos, as imagens, os comportamentos, podem significar, e significam muitas vezes, mas nunca de uma maneira autônoma; qualquer sistema semiológico se cruza com a linguagem. A substância visual, por exemplo, confirma as suas significações fazendo-se reforçar por uma mensagem lingüística, de tal modo que pelo menos uma parte da mensagem icônica mantém uma relação estrutural de redundância ou de substituição com o sistema da língua; quanto aos conjuntos de objetos (vestuário, alimentação), esses só têm direito ao estatuto de sistemas quando passam pela língua, que recorta seus significantes (sob a forma de nomenclatura) e nomeia seus significados (sob a forma de usos ou razões).

Barthes (*op.cit*) conceitua referente como o cenário onde uma experiência ocorre ou onde encontramos os signos [imagens, objetos, comportamentos]. Já Bueno (1986, p.968) conceitua referente como aquilo à “que se refere; que diz respeito”. Portanto, não há como compreender o tempo utilizado pelas enfermeiras, sem a exposição dos seguintes fatos, tendo-os como um dos referentes possíveis:

- As participantes (P)₁ e ₂ ficam à cargo de 10 clientes cada e P₃ à cargo de 17 clientes , como chefes da enfermagem do setor, sem o apoio de uma supervisão do cuidado direto específico pelo setor, contando com as enfermeiras plantonistas e uma tardista em sua ausência.

- A participante (P)₃ é tardista (de 13 às 19h, de Segundas a Sextas-feiras) e é responsável por um total de 47 clientes (clínica médica masculina e feminina, Unidade Intermediária, pediatria e clínica cirúrgica).
- As P_{5, 6, 7, 8, 13 e 14} são plantonistas gerais, excetuando a cobertura nas unidades de terapias intensivas, todas elas, e pronto socorro P_{13 e 14}.
- As P_{9 e 12} são supervisoras do cuidado direto de apenas uma clínica, com 32 clientes hospitalizados.
- As P_{10 e 11} são chefes de Enfermagem, atuantes nas unidades de clínica cirúrgica (32 clientes) e médica (24 clientes), sendo que apenas P₁₀ conta com enfermeiras plantonistas (P_{9 e 12}) específicas para os clientes internados nesse setor.

Além desse referente, o dimensionamento de enfermeiras *versus* o número de clientes, ainda há vários outros referentes, como a demanda de necessidade de cada cliente, os recursos humanos, físicos e materiais, bem como a assunção de atos de outros profissionais, provavelmente não contestados pelas instituições hospitalares por ser um marco cultural nos dois cenários de pesquisa.

Outro fenômeno que vale ser exposto é que nem todas participantes desempenharam as mesmas atividades ou quando realizaram não dispensaram o mesmo tempo para tal.

Assim, o diário de campo, utilizado para registrar as observações acerca de a sistemática do processo de cuidar das enfermeiras de clientes nas enfermarias, proporcionou um olhar diferenciado: trata-se do tempo em que as enfermeiras realizaram suas atividades, seja no cuidado indireto, seja no direto junto aos clientes internados nas enfermarias de clínica médica e cirúrgica, de atenção à saúde do adulto e idoso.

Os elementos oriundos do diário de campo poderiam aqui ser estudados à luz da média, com enfoque estatístico, para caracterização das atividades realizadas pelas participantes observadas. Contudo, Bachelard (2004, p. 119) recomenda a restrição de seu uso na geometrização de elementos coletados para a investigação com vistas a um objeto, referindo que:

A razão, a nosso ver, é que a média deixa escapar uma característica essencial do quadro de medidas. Esse quadro apresenta uma convergência mais ou menos acentuada de acordo com a precisão das experiências e essa convergência não aparece com toda sua força numa média.

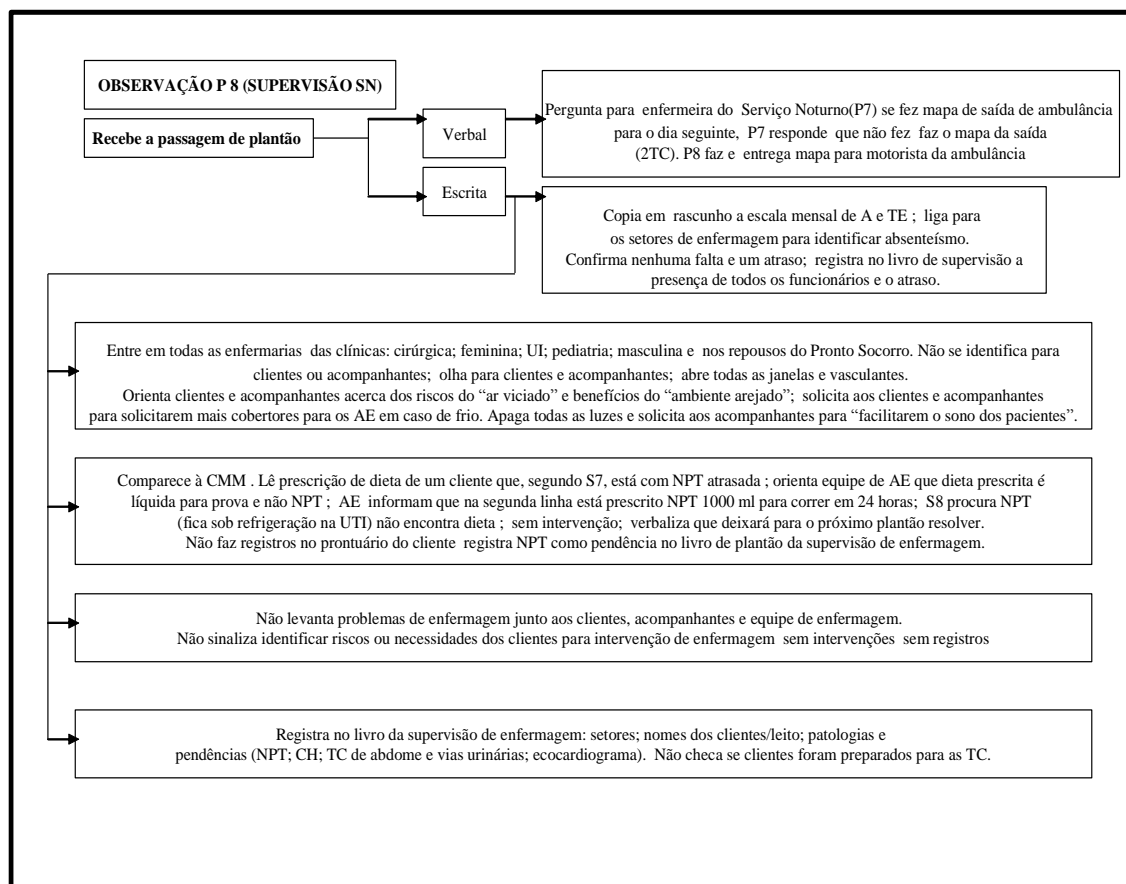
Poder-se-ia logo nomear os resultados obtidos nos gráficos I, II, III e IV como 'categorias', contudo cairíamos no erro do que é inespecífico, afastando-se do objeto deste estudo a partir da caracterização do individual e não alcançando a sistemática.

Ao apresentar os gráficos sobre como as enfermeiras ocuparam o cenário do cuidado, o tempo que essas enfermeiras utilizaram foi apontado como o tempo total, não o tempo de cada uma. Assim, a necessidade de buscar elementos que mostrassem a sistemática adotada por enfermeiras no processo de cuidar se fez presente para alcance de resposta.

Pensando em buscar elementos para a evocação dessas categorias temáticas construiu-se os tesouros, em que os resultados pareciam ainda não permitir a caracterização de "como" ocorre a sistemática do processo de cuidar das enfermeiras, mesmo mediante a exposição da ocupação do cenário do cuidado, conforme exposto nos gráficos acima. Esse fato deveu-se aos resultados obtidos demonstrando que nenhum tesouro ficou idêntico a qualquer outro, embora haja semelhanças.

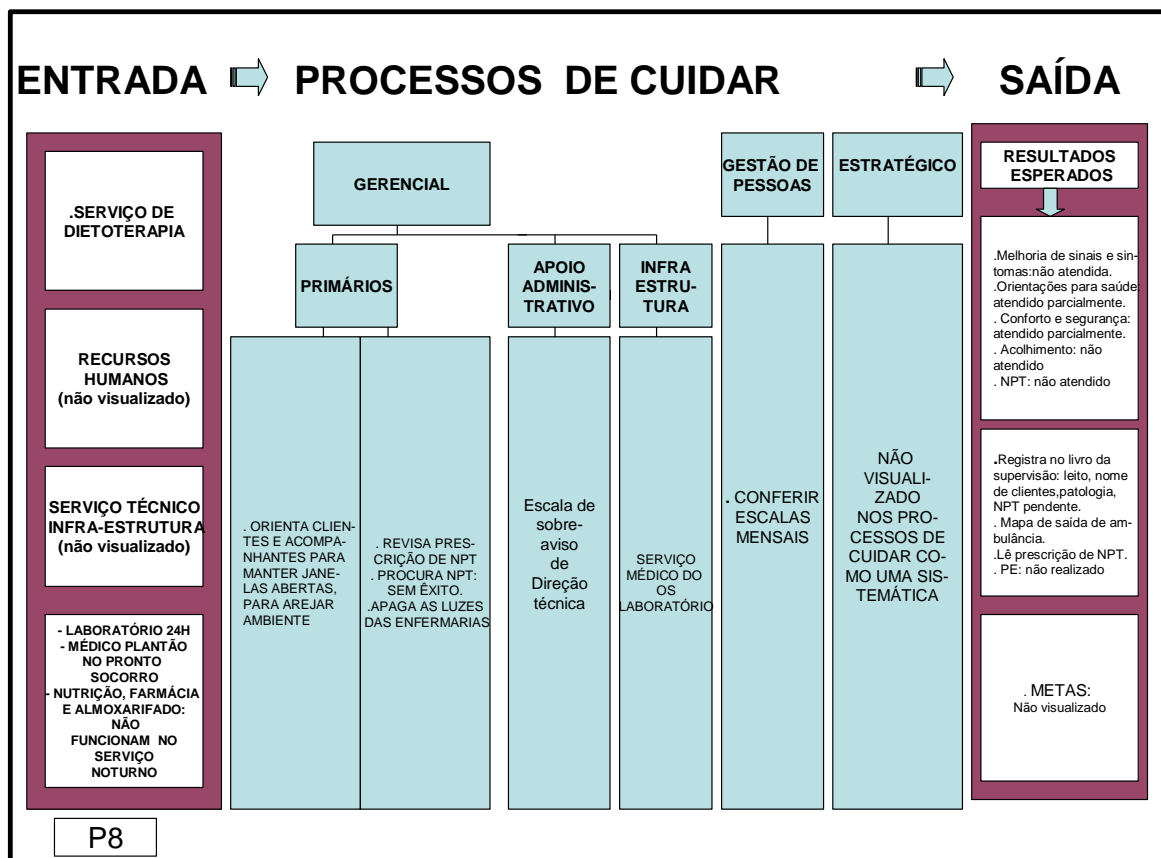
A Figura IV, a seguir, apresenta as ações e atos de uma enfermeira observada, a partir da construção de um dos tesouros.

Figura IV: Tesouro 8: Processo de cuidar adotado por uma das participantes observadas (P₈):



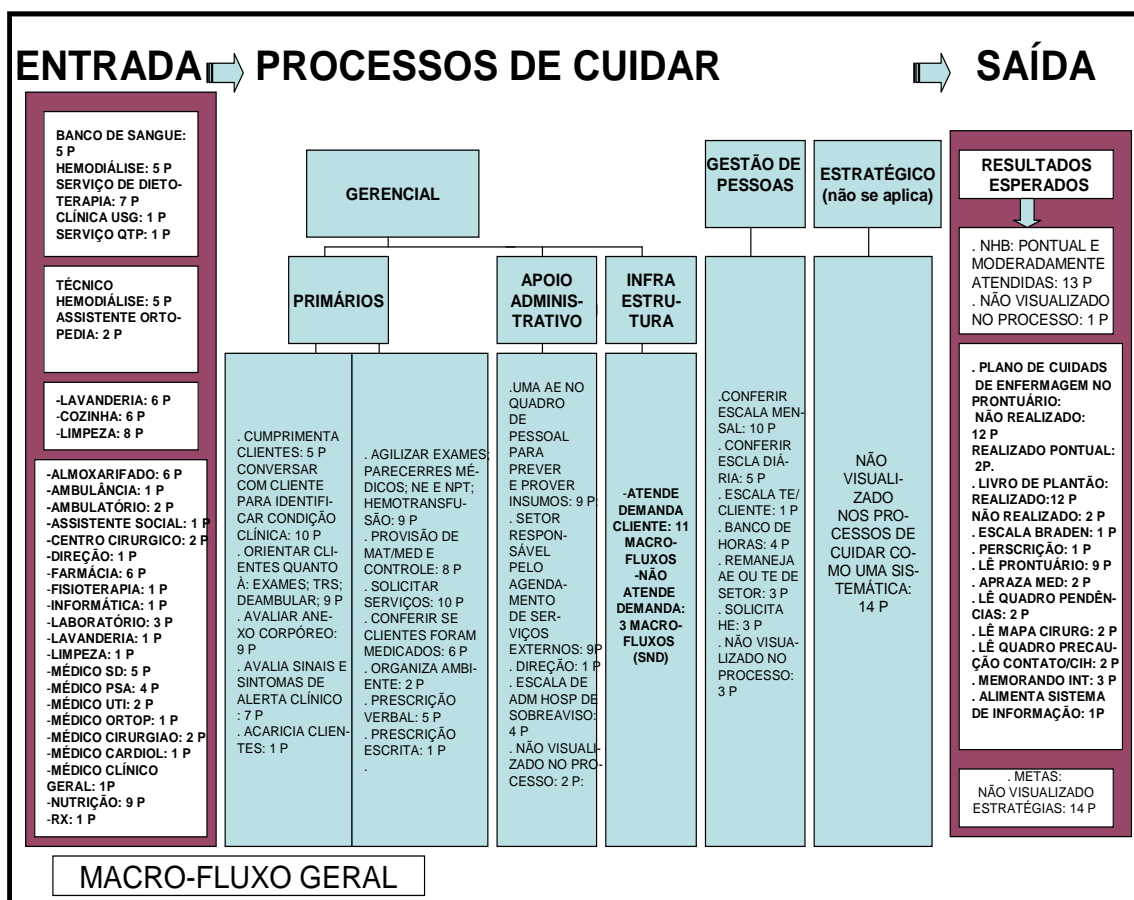
Após leitura exaustiva dos tesouros preenchidos, urgia ainda a necessidade de reorganização dos dados com o intuito de caracterizar a sistemática do processo de cuidar adotada por enfermeiras.

A exaustividade de explorar os resultados mostrou que cada enfermeira observada atua em tempo e comportamento (comunicação não verbal) diferenciados. À princípio, essa situação nos levou a pensar que seu processo de cuidar revelou seu *modus operandi* como assistemático, o que poderia de fato contribuir para uma falsa afirmativa. Assim, decidiu-se em adaptar o macro-fluxo proposto por Kern *In Feldman* (2009, p. 293) para que os dados observados fossem organizados de um modo mais objetivo para dar fidedignidade. Apresenta-se na Figura V, a seguir, o macro-fluxo da mesma participante (P₈) apresentada no tesouro na Figura IV.

Figura V: Macro-fluxo do processo de cuidar adotado por enfermeiras: P₈

A organização dos resultados facilitou maior visibilidade das ações e atos das enfermeiras dentro do cenário do cuidado que cada uma habita, facilitando a busca de categorias. Após exploração do material e tratamento dos resultados, os dados foram agrupados segundo a categorização semântica, ou seja, através de unidades temáticas. Assim, cada pilar (Entrada/Input, Processos de Cuidar e Saída/Output) foi explorado separadamente, analisando-se as propriedades de seus eixos temáticos como as unidades de significação. Para isto, as caracterizações foram reunidas em um macro-fluxo geral, conforme ilustração da Figura VI a seguir:

Figura VI: Macro-fluxo geral do processo de cuidar adotado por enfermeiras



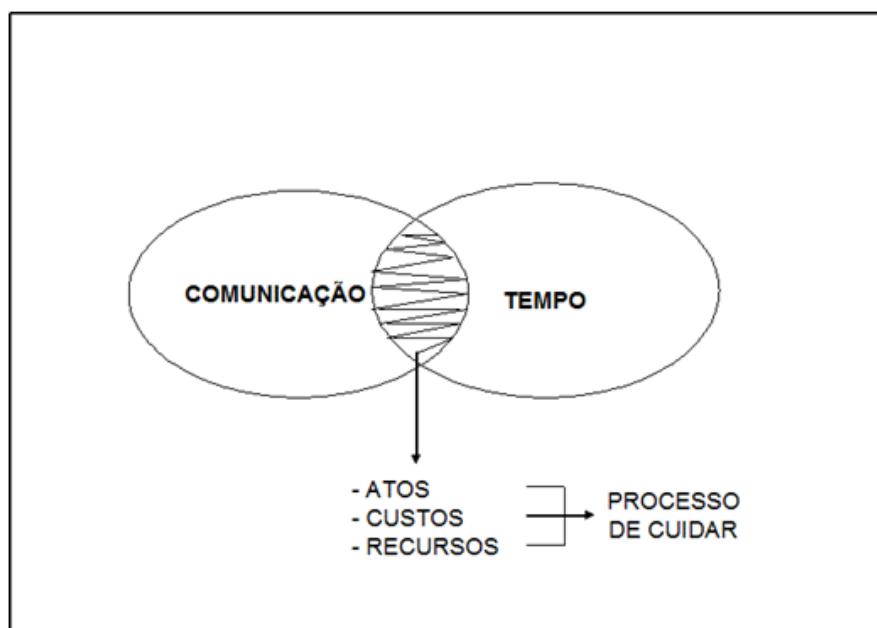
Para o alcance do objeto deste estudo focalizou-se a pesquisa nos eixos referentes ao “como as enfermeiras sistematizam o cuidado”. Assim, estudou-se o pilar “Processos de cuidar”, delimitando-se nos eixos “Processos Gerenciais”, a saber o “Atendimento direto e indireto das necessidades dos clientes” e o Processo “Estratégico”.

O resultado obtido no macro-fluxo geral, no eixo de “Atendimento (direto e indireto) das necessidades dos clientes” foi amplamente explorado junto ao resultado obtido no eixo “Estratégico”. Os elementos oriundos desse macro-fluxo mostraram que cada uma das enfermeiras atua de modo diferenciado, confirmando os resultados obtidos pela exploração das memórias documentárias da matriz da pesquisa e tesouros citados anteriormente. Portanto, a fidedignidade dos resultados apontou o tesouro e o macro-fluxo como instrumentos para diagnóstico do modo de fazer das enfermeiras, no que se refere à sistemática do

processo de cuidar, sendo que os macro-fluxos individuais facilitaram o agrupamento dos resultados e construção do macro-fluxo geral, chegando-se ao diagnóstico do processo de cuidar adotado por enfermeiras.

A partir do macro-fluxo geral, surgiram duas unidades de significação que denominamos de “o que vi” e “o que não vi” como sistemática do processo de cuidar de enfermeiras. A primeira deriva-se do processo gerencial primário; a segunda do processo estratégico. Essas duas unidades de significação direcionaram à categoria intitulada **“Tempo e Comunicação como base da sistemática adotada por enfermeiras no processo de cuidar”**, apresentada na Figura VII abaixo a ser discutida no próximo subcapítulo.

Figura VII: Tempo e Comunicação como base da sistemática adotada por enfermeiras no processo de cuidar.



3.2 – Discussão da Categoria

Ao analisarmos o macro-fluxo geral, entendeu-se que o tempo e a comunicação estão ligados pelos atos das enfermeiras, custos e recursos.

Quando comparamos os atos desenvolvidos por enfermeiras, nota-se que são singulares junto aos clientes por se apresentarem como “uma experiência única e que jamais se repete por igual” (Horta, 1979, p. 4).

Em relação aos custos e recursos disponíveis, pôde-se visualizar que os cenários de estudo têm em média 32,71 clientes para cada enfermeira observada. Vale ressaltar que o uso da média serve como uma forma matemática fria de apresentar dados, haja vista que não contempla a demanda diferenciada exigida por cada cliente e a variação quantitativa compreendida entre 10 e 58 clientes por enfermeira. Contudo a média forneceu dados estatísticos de clientes por enfermeira, dando noção da jornada de trabalho e horas de enfermeira por cliente. Isso subsidia o cálculo de horas de enfermeira necessárias para assistir o cliente no período de seu turno de trabalho, considerando o sítio funcional apenas com uma enfermeira por turno e os cuidados como mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos, de acordo com o estado de saúde que os clientes de uma unidade de internação podem apresentar, segundo o Sistema de Classificação de Pacientes – SCP (COFEN, 2005, p. 87-8).

Nesse Sistema, o cliente pode se apresentar das seguintes formas:

Estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem e auto-suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas (paciente de cuidado mínimo);
estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, requerendo avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas (paciente de cuidado intermediário);
recuperável, sem risco iminente de morte, passíveis de instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada (paciente de cuidados semi-intensivos);
grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeitos à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada (paciente de cuidados intensivos). (COFEN, 2005, p. 90)

Em termos de gradação do menor para o maior número, os clientes se enquadraram em demandas de cuidado intensivo, mínimos, semi-intensivos e intermediários, caracterizando um desvio de perfil da clientela típico de unidades de internação de clínicas médicas e cirúrgica. Descaracterização gera problemas em todo o planejamento do cuidado de enfermagem no diz respeito ao

gerenciamento de pessoas e de recursos materiais permanentes/equipamentos e consumos.

Considerando que o quantitativo de enfermeiras é insuficiente para o cuidado de enfermagem e que há clientes com demandas de cuidados intensivos nas unidades estudadas, não se pode refutar a demanda de outras atividades administrativas que consomem tempo e movimento da Enfermagem para identificação, intervenção e avaliação das situações do cotidiano que necessitam de resolução ou de apoio. A partir dos pilares estabelecidos no macro-fluxo (individual e geral), as situações elencadas foram: a) Entrada - disponibilidade de serviço técnico assistencial terceirizado e recursos humanos especializados; serviço técnico e infra-estrutura necessários para que o cuidado seja realizado; abastecimento de materiais, medicamentos e outros; b) Processo de cuidar - assunção de atividades de outros profissionais serviços de secretárias de posto, banco de sangue, nutricionista, entre outros; gestão de pessoas, embora a enfermeira conte com apoio administrativo e de infra-estrutura; c) Saída – refere-se aos resultados das intervenções sobre as necessidades dos clientes, documentação e metas estabelecidas.

A sistemática revelada, à princípio, parecia indicar um processo assistemático e com estratégias inexistentes. Entretanto, as reflexões geradas induziram um retorno ao processo analítico dos dados para confirmação do que ora se apresentava. Essa reanálise exigiu que o investigador enfrentasse os obstáculos e desse um novo rumo à categorização estabelecida.

Olhar como as enfermeiras executam seus atos e ações para gerenciamento dos cuidados de enfermagem, no que se refere à equipe e aos recursos de materiais permanente/equipamentos e consumo, possibilitou a identificação de uma sistemática pautada no tempo e na comunicação, fazendo emergir a categoria intitulada **“Tempo e Comunicação como base da sistemática adotada por enfermeiras no processo de cuidar”**.

Ao abordar o termo “sistemática”, Bueno (1986, p. 1062) afirma ser “sinônimo de taxologia” (p. 1105), o mesmo que taxonomia ou taxionomia, que denota “a ciência das classificações”.

Para esse autor (*op. cit.*, p. 259), ciência é “um conjunto de conhecimentos coordenados relativamente a determinado objeto”. Como uma prática científica, a Enfermagem é defendida por Román (2006) sob conceito de :

conjunto organizado de conhecimentos abstratos, alicerçados pela investigação científica e análises lógicas. Conta com teorias e modelos que lhe proporcionam o marco teórico necessário para aperfeiçoar sua prática diária através da descrição, predição e controle.

Então, refletindo acerca da sistemática como uma “ciência das classificações”, isto é, ciência dos “atos ou efeitos de classificar, de reduzir a grupos que tenham as mesmas características”, segundo Bueno (1986, p. 266) e analisando que as enfermeiras atuam em diversas situações do cuidar de forma singular, o tempo e a comunicação revelaram-se embutidos na sistemática adotada por essas enfermeiras para que o cuidado fosse realizado.

Compreende-se que o tempo se “trata da mais íntima de todas as experiências: como os indivíduos estão ligados uns aos outros e, no entanto, isolados por invisíveis tecidos de ritmos e por paredes de tempo ocultas” (Hall, 1996, p. 11).

No processo de comunicação ocorre um “estreitamento interpessoal, de forma tal que surjam os tecidos temporais”, onde o tempo surge como “um sistema fundamental na vida cultural, social e pessoal do indivíduo”. Nada se produz fora do tempo, onde cada sociedade está impregnada de uma cultura, que divide a comunicação em duas partes: “a palavra [verbal] e o comportamento [não verbal]”. A primeira representa uma pequena parte do mundo, sublinhando aspectos unidirecionais no sistema comunicacional, expressos, principalmente, nos processos judiciais e nas relações antagônicas. A segunda parte refere-se ao comportamento como patrimônio de qualquer indivíduo, além de constituir um fundo cultural que o orienta em todas as situações da vida. Cabe a ressalva de que o comportamento representa a maior parte desse nosso mundo, a partir das culturas. (*ibidem*)

Deve-se pensar na Enfermagem como cultura, cujos sistemas de crenças, valores e comportamento são aprendidos e modificados nos diversos cenários de cuidar. Hall (*op.cit.*, p. 17) afirma que “paradoxalmente, o estudo dos contrastes culturais pode ser, para os ocidentais, favorável a uma tomada de consciência

acrescida”. Assim, dependendo dos cenários institucionais em que se localizam as enfermeiras, as culturas não são idênticas, mas apresentam elementos similares.

Uma dessas similitudes nas enfermarias pesquisadas refere-se ao tempo classificado por Hall (*op. cit.*, p.59) como policrônico quando tudo parece continuamente flutuar, em que “nada é tão sólido ou firme, em particular os projetos que se estabelecem para o futuro; mesmo os projetos importantes podem ser modificados até ao momento da sua execução”. Ainda que o tempo está “tão estreitamente misturado à trama da existência que só temos uma consciência parcial do modo que ele determina o comportamento dos indivíduos e modela de modo sutil as relações inter-individuais”.

Essa policronia existente no tempo das ações e atos das enfermeiras se configurou quando cada uma assumia uma diversidade de cuidados diretos ou indiretos e em poucos instantes mudavam seu foco e objeto na intenção de atender as necessidades do cliente, dos trabalhadores de enfermagem, da instituição e de outros profissionais. Essa mudança ocorria em uma velocidade tão rápida que, por vezes, a observadora se esgotou para dar conta de registrar os dados observados.

Outra situação de policronia reside no fato de que as enfermeiras observadas não terminavam o que estavam fazendo para atender um outro sujeito e logo após voltavam para dar o desfecho daquela situação que paralisara minutos atrás.

A preocupação em desvelar parte da realidade carece pensar que:

uma das inúmeras vias possíveis para resolver este problema [de que seres humanos não reconhecem senão a cultura aparente, e evitem considerar a cultura primária subjacente – contida nos comportamentos] passa pela descoberta de nós próprios: e não podemos realizar essa descoberta a não ser reconhecendo verdadeiramente os outros e suas diferenças. (*Hall, 1996, p. 17*)

Na tentativa de reconhecer os outros e suas diferenças, como assinalado acima por Hall, buscou-se observar as enfermeiras sem dar significação imediata ao comportamento delas, mas captar em seus corpos e ações os elementos significantes observados durante os cuidados. Por isso, o primeiro zelo foi registrar o que faziam anotando a descrição dos elementos concretos/reais

(significantes) do que estava sendo observado na cena de cuidar. Como exemplo desse zelo se tem a escolha da palavra “olhar” ao invés de “observar” para descrever o momento em que a enfermeira lança o olhar para seu cliente. Razão que surgiu “olhar cliente: individual” e “olhar cliente: coletivo” como registros na memória documentária.

Assim, surge o tempo das enfermeiras e para as enfermeiras como um limitador do “espaço de atuação profissional a cada dia mais pressionado” (Carvalho, 2006, p.347). Ao olhar o tempo utilizado por elas para chegar à sistemática do processo de cuidar, possibilitou reconhecer que há um sistema temporal construído e encarcerado no fazer deste grupo e “totalmente dependente, não apenas do modo como uma cultura se desenvolve, mas também do modo como os membros dessa cultura percebem o meio que os rodeia”. Hall (1996, p.13)

Os fenômenos observados mostraram as enfermeiras nas paredes do tempo, cada uma em seu tempo. E esse tempo é o da comunicação. Comunicação no corpo; no espaço; no fazer/atuar; no gerenciar; no processo; no próprio tempo; na negociação, onde as estratégias provavelmente estão perdidas nas paredes do tempo.

Ao se referir ao tempo, Deleuze (2003, p. 70-2) explicita três linhas do tempo: a linha, o círculo e a espiral. A primeira constitui-se pelo presente vivo e a segunda, pelo passado puro que faz o presente logo mudar e se tornar passado, uma vez que o tempo não pára. Se há afirmativa freqüente que existem apenas duas figuras possíveis do tempo, entende-se que essas figuras “se excluem reciprocamente”. A terceira linha sintetiza e ultrapassa as duas primeiras, garantindo a atualização, em termos de futuro, onde a pessoa que está no futuro, pode necessitar voltar à linha em termos de passado e fazê-la presente, o qual rapidamente se torna futuro.

Para melhor compreensão dessa figura do tempo denominada espiral encontrou-se a seguinte explicação:

Os termos e as relações que se atualizam dentro da realidade clara não envolvem menos intensidades confusas que ameaçam a estabilidade do mundo e preludiam atualizações novas, novas individualizações. O distinto pode sempre tornar-se de novo obscuro e o confuso pode se tornar claro. Primeiro o tempo avança por saltos,

acelerações, rupturas e diminuições de velocidade, depois desfia-se e volta atrás para enrolar-se em espiral. (*op. cit.* p. 70)

Ousa-se afirmar que a sistemática do processo de cuidar [direto e indireto] adotada por enfermeiras ocorreu nas paredes do tempo e da comunicação de forma indissociável e inseparável. Um tempo espiral em uma cultura policrônica, cujo foco é o sujeito a ser cuidado, mas nem sempre com assunção de três elementos básicos que devem existir em uma prática que se quer dar cientificidade ou que exige como científica, a saber: identificação de situações ou fenômenos que requerem uma intervenção da enfermeira - o diagnóstico de enfermagem; a intervenção propriamente dita com o execução de ações de enfermagem de cunho preventivo de desvios de saúde, de proteção e promoção de saúde do cliente; e a avaliação.

O macro-fluxo geral sinaliza que toda sistemática adotada por essas enfermeiras envolve tempo e comunicação que, por vezes, não consegue estabelecer um planejamento, cujas metas e estratégias (in)utilizadas não permitem alcançar resultados desejados para as situações apresentadas pela clientela internada.

Cabe esclarecer que a situação descrita nos dois parágrafos anteriores não significa que não há um gerenciamento do cuidado prestado. A gestão de pessoas se vinculou à comunicação e ao tempo, quando as enfermeiras recorriam à leitura da escala, ligavam para os setores para saber como estava a demanda e se os trabalhadores de Enfermagem escalados naquele dia estavam presentes. Caso não estivessem, remanejavam auxiliares e técnicos de enfermagem para outros setores, se assim a demanda de cuidado mostrasse essa necessidade. Se tivessem tempo, outras enfermeiras iam pessoalmente aos setores para presenciar essa situação (demanda de cuidados e trabalhadores presentes).

A comunicação também estava presente nas negociações e na assunção de atividades de outros profissionais, preocupando-se com o estado de saúde física e emocional do cliente, cada um a seu tempo.

No contexto de recursos materiais ou condições ambientais, a comunicação se expressou por meio de leituras, escritas, audição, tato, visão e fala. O próprio corpo da enfermeira por si só já se comunica quando presente em

algum setor, situação ou para/com pessoas (sujeito cuidado, seus familiares e demais profissionais presentes nos cenários), uma vez que como defendem Figueiredo e Carvalho (1999) o corpo da enfermeira é instrumento do cuidado quando está na ação de cuidar do outro e da instituição. Um corpo que age e reage sem desconsiderar a estética do cuidado e os objetivos institucionais.

Villalobos (2005, p. 92), ao refletir acerca de “o padrão estético ou a arte da Enfermagem”, afirma que “o ato artístico significa fazer o que se deve fazer, no momento preciso, conseguindo que o paciente e a enfermagem tenham certeza da bondade da intervenção”. Assim é a enfermeira no seu cotidiano. Um banho em um paciente nunca será o mesmo no dia seguinte neste mesmo paciente. O jeito de olhá-lo sempre será outro. Mesmo diante das técnicas, que norteiam como fazer determinado procedimento de enfermagem, o tempo e o modo de se comunicar nunca se repetirão, portanto o tempo e o comportamento [comunicação não-verbal] ou as palavras [comunicação verbal] revelam não somente a cultura, mas também a essência das enfermeiras, observadas neste estudo.

Horta (1970, p. 48) analisa que o cuidado de enfermagem deixa de ser empírico para se tornar científico, quando baseado no levantamento dos dados dos clientes, com plena consciência de sua problemática. Nesse sentido, identificar problemas a partir do olhar para corpo do cliente, perguntar ao técnico sobre a situação clínica do cliente, ler as informações registradas nos prontuários, receber e passar plantão, conversar com os clientes e seus familiares, tocar para um exame físico, um acariciamento podem se configurar como uma prática aparentemente científica.

Portanto, as enfermeiras se apresentaram “efêmeras, graciosas e perenes”, conforme afirma Caccavo (2000), nos momentos que cuidaram ou gerenciaram o cuidado, mesmo face às intervenções como se perdidas nas paredes do tempo. O fato de estarem invisíveis não significa inexistentes, pois “crenças completamente falsas estão por vezes, de fato, na origem de mal-entendidos, ou de coisas piores”, (HALL 1996, p. 13).

Como Carvalho (2003), entendo que “nossas possibilidades são infinitas”, quando esta autora se apóia em Arthur C. Clarke (1970), cientista e escritor de ficção científica, tomando-lhe emprestado a seguinte preposição: “Quando um

cientista ilustre declara que alguma coisa é possível, quase certamente tem razão. Quando declara que alguma coisa é impossível, muito provavelmente está errado”. Mediante essa declaração, entendeu-se que o saber/conhecer o tempo dessas enfermeiras auxiliou a união do tempo e comunicação.

A cultura policrônica dessas enfermeiras e a figura espiral do tempo dessas enfermeiras fizeram com que a investigadora se reportasse novamente à leitura das memórias documentárias, tesouro e macro-fluxos para um melhor entendimento dos fenômenos observados, mesmo pensando que tal procedimento teria sido dado como exausto e saturado. Todavia, ao tentar compreender o que é tempo e comunicação, mesmo mediante Hall e Deleuze, procurou-se maior embasamento de referenciais teóricos para maior capacidade de análise dos resultados.

Como as ações e atos de enfermeiras se apresentaram como fenômenos irreversíveis “deu-se finalmente conta de que, juntamente com as estruturas clássicas de equilíbrio aparecem também, a uma distância suficiente do equilíbrio, estruturas dissipadoras coerentes” (PRIGOGINE, 1988, p. 12).

Ao fazer analogia entre os diferentes campos de conhecimento - físico-químico, sistemas sociais e história, Prigogine (*op.cit*, p.12 e 13) expõe suas idéias e intuição “do papel fundamental da irreversibilidade nos processos de auto-organização espontânea” (...), “em condições remotas de equilíbrio, onde a matéria pode perceber diferenças no mundo exterior e reagir grandes efeitos a pequenas flutuações”. Assim, aquele que vive nessas condições (matéria, corpo, história) deve reconhecer que o “único caminho a percorrer é o da aceitação de uma austera ética do conhecimento” em que “o homem sabe que está só na imensidade indiferente do universo em que emergiu por acaso. O seu dever e seu destino não estão escritos em parte alguma. Pertence-lhe a escolha entre o Reino e as trevas” e assim, “já é tempo de assumirmos os riscos da aventura humana”.

Nesse sentido, entende-se que as enfermeiras vivem a aventura e arte do cuidar dentro de outra aventura, o cenário do cuidado e os desejos, anseios e necessidades daquele que é cuidado, em um mundo que não é o “mundo-relógio sobre o qual nos foi atribuída a jurisdição” (*op. cit.*). Isso porque elas precisam satisfazer ao máximo as necessidades e desejos dos clientes para serem

merecedoras do *status* oriundo do seu *modus operandi*, no papel de enfermeira feita para o paciente, não o contrário (Carvalho, 2004).

Embora tenham que cumprir um plantão determinado para 6, 8 ou 12 horas de trabalho, as enfermeiras optam pelo descarte do tempo-relógio dependendo das ações de cuidar e “estabelecem” um tempo próprio a ser vivido ao longo do espaço-tempo limitado para seu plantão. Para tal, elas se pautam em um conhecimento científico de sua formação profissional e de seu conhecimento tácito fruto do fazer em Enfermagem, permitindo que passem algumas ações a serem executadas no plantão posterior ao seu. Essa escolha de um tempo seu se dá de forma natural e extremamente rápido.

Para Prigogine, “o tempo é objeto da ciência” (p. 21-2), devendo ser colocado no seu lugar na estrutura da ciência moderna e este lugar “é fundamental, é o primeiro, necessitando-se pensar no universo como numa evolução irreversível; onde a reversibilidade e a simplicidade tornam-se casos particulares”. Em zelo à construção do conhecimento, superando o obstáculo verbal (BACHELARD, 1996), alguns estudiosos discordam que o tempo é o objeto da ciência “porque é demasiado complexo para a ciência” (PRIGOGINE, 1988, p. 20). Assim, sem ter certeza o quanto a ciência dará conta de falar sobre o tempo, entende-se de que a ciência liga o homem ao universo e que, ao menos, o tempo ocupa o primeiro espaço na estrutura complexa das ciências.

Na tentativa de compreender a ligação entre o tempo e o homem, Prigogine (*op. cit.*, p. 22) afirma que “o homem provém do tempo; se, pelo contrário, o homem criasse o tempo, este seria evidentemente um estorvo entre o homem e a natureza”.

Com o intuito de visualizar a sistemática das enfermeiras, coube pensar sobre os ciclos de energia e de trabalho que movem um sistema, em especial ao que se denomina de termodinâmica. A primeira lei da termodinâmica estabelece um sistema efetuado a partir de um ciclo equilibrado, ou seja, o calor cedido para a realização de um trabalho deve ser totalmente absorvido (recebido) durante sua execução. Esse princípio não impõe nenhuma restrição quanto às direções dos fluxos de calor e trabalho (SONNTAG, 2003, p. 177).

Esse parece ser o caso das enfermeiras em relação ao *modus operandi* e o seu próprio corpo, se denotados como “calor emitido” neste sistema e o cuidado em si como o “trabalho”.

O segundo princípio da termodinâmica é de que todos os processos conhecidos ocorrem num certo sentido e não no oposto. “Longe do equilíbrio a matéria adquire novas propriedades, típicas das situações de não-equilíbrio, situações em que um sistema, longe de estar isolado, é submetido a fortes condicionantes externos (fluxos de energia ou de substâncias reativas)” (*op. cit.*, p. 26).

Perante esse não-equilíbrio, predizer o “futuro de um sistema complexo” é impossível. A razão é que “o futuro está aberto, e esta abertura aplica-se tanto aos pequenos sistemas físicos como ao sistema global, o universo em que nos encontramos” (*op. cit.*, p. 23).

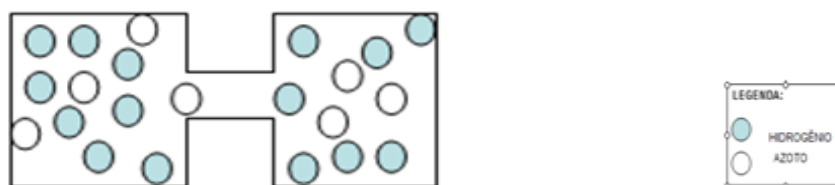
Prigogine se apóia em Aristóteles para resgatar a idéia da eternidade do tempo e da incapacidade de se determinar o seu início. Na teoria do *Big Bang*, o “universo é resultado de uma instabilidade que sucedeu a uma situação que a precedeu; em síntese, o universo terá resultado de uma mudança de fase em grande escala” (*ibidem*, p. 35 e 37).

Assumir esse discurso de sistema termodinâmico e universo servem para uma analogia da sistemática apresentadas pelas enfermeiras que projeta situações de irreversibilidade correspondentes à dissipação, à desordem. Em um primeiro momento, o desconhecimento acerca de calor e trabalho gerou equívocos no processo analítico dos dados, fazendo crer que o processo de cuidar fosse assistemático.

Outro ponto importante refere-se ao segundo princípio da termodinâmica em que um dado sistema é uma porção arbitrária de espaço, cuja a entropia pode se decompor em duas partes: um fluxo entrópico proveniente do mundo externo e uma produção de entropia do próprio sistema considerado. A produção de entropia interna é sempre positiva ou nula e corresponde aos fenômenos irreversíveis (PRIGOGINE, 1988, p. 39), remetendo à dissipação e desordem. Cabe ainda a ressalva que o conceito de entropia surge como “grandeza que permite avaliar a degradação de energia de um dado sistema” (BUENO, 1986, p. 421), ou seja, a perda de calor para manutenção de um sistema.

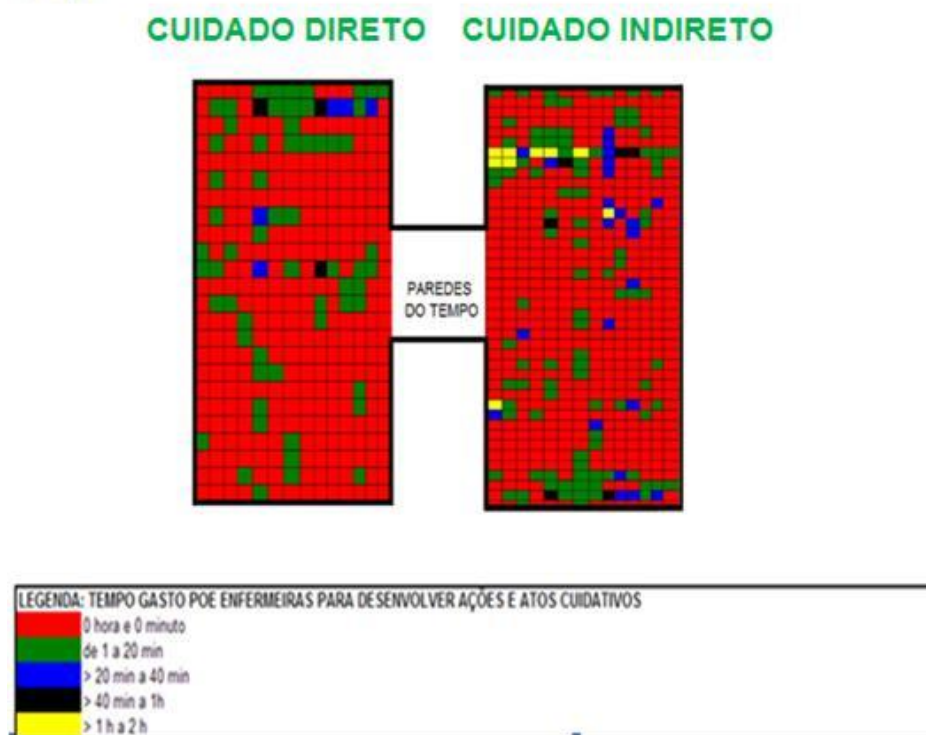
Para explicar a desordem-ordem, Prigogine (idem, p. 39-40) exemplifica com a mistura de dois constituintes, hidrogênio e azoto; se a temperatura interna do sistema é homogênea, acontecerá o mesmo com a distribuição do hidrogênio e do azoto. Mas se submetemos as extremidades do sistema a temperaturas diferentes, criamos uma distribuição contrastada: aqui prevalecerá o hidrogênio, acolá o azoto. Submetendo o sistema a uma constrição térmica, cria-se evidentemente uma dissipação, um aumento de entropia, conforme a Figura VIII a seguir.

Figura VIII. Dissipação de hidrogênio e azoto ao serem expostos a temperaturas diferentes: entropia.



A partir dos dados contidos nas memórias documentárias do instrumento para coleta de dados, obteve-se uma planilha de dados (Apêndice VIII). Além de sustentar a construção dos gráficos sobre a ocupação do cenário do cuidado por enfermeiras, também sustentou a análise do tempo que as enfermeiras dispõem para concretude do cuidado direto e indireto, surgindo uma nova planilha acerca de a policronia cultural, de acordo com Hall (1996) (Apêndice IX). Com bases nos princípios de Prigogine sobre a dissipação, criou-se uma analogia entre entropia e ações e atos de enfermeiras, no processo de cuidar. Obtendo-se a Figura IX abaixo:

Figura IX: Dissipação de atos e ações de enfermeiras nas paredes do tempo:



Se compararmos as Figuras VIII e IX, vê-se a dissipação das moléculas, sendo essas moléculas na Figura VIII o hidrogênio e o azoto e na Figura IX o tempo utilizado pelas enfermeiras no cuidado direto e indireto.

Para a Figura VIII, as moléculas foram expostas a uma constricção térmica e na Figura IX as ações e atos de enfermeiras foram expostas às pressões do tempo para satisfação da demanda de necessidades dos clientes, onde se pode visualizar maior saturação no cuidado indireto, quando comparado ao cuidado direto e estando as estratégias perdidas nas paredes do tempo. Pôde-se constatar que os elementos das Figuras VIII e IX se dissiparam, o que sugere a existência da entropia em um sistema que sofre pressões internas e externas.

A partir desse princípio, compreende-se que o tempo é fundamental para o sistema à qual as enfermeiras pertencem (a cultura) e o sistema que elas adotam (processo de cuidar), notando-se uma turbulência de cores, representando o tempo.

Prigogine (*op. cit.*, p. 40 e 55) refere que “a turbulência é um fenômeno altamente estruturado, em que milhões e milhões de partículas se perseguem num movimento extremamente coerente”, ou seja, “o universo do não-equilíbrio é

um universo coerente”. O universo, tal como vemos, é atualmente o resultado de uma transformação irreversível e provem de um outro estado físico. Este fenômeno acontece devido aos “diferentes tipos de soluções”.

Se reportarmos as enfermeiras observadas, cada uma teve um tipo de solução diferenciada para atender as necessidades dos clientes, o que também explica o primeiro e segundo princípios da termodinâmica.

Como o tempo é considerado a primeira estrutura da ciência e ainda muito complexo para a mesma, entende-se que as enfermeiras se ancoram no processo de comunicação para nortear sua sistemática do processo de cuidar aliando essa comunicação intrinsecamente aos “tecidos do tempo” ditos por Hall (1996).

O processo de comunicação envolve uma distinção informar-persuadir-decidir, que isoladamente são objetivos da comunicação. O “quem” do objetivo da comunicação depende do “quem” produz a mensagem, seja ela escrita, falada, seja ela através de mensagens claras emitidas pelo corpo ou simplesmente insinuadas pelo corpo, sublinhadas pela subjetividade de um comportamento e até mesmo na ausência deste. “Qualquer análise do objetivo da comunicação, ou do êxito na obtenção de reação pretendida, precisa levantar e responder a questão de a quem ela se destinou” ((BERLO, 2003, p. 9 e 15).

Esse “processo” é utilizado por Berlo (*op. cit.*, p. 23) como “qualquer fenômeno que apresente contínua mudança no tempo”, ou “qualquer operação ou tratamento contínuo”. Assim, refere que “se aceitarmos o conceito de processo, veremos os acontecimentos e as relações como dinâmicos, em evolução, sempre em mudança, contínuos”. Então mais uma vez aparece o processo de comunicação a reboque do tempo, marcado pelo “privilégio que é atribuído à descontinuidade, ao ‘discreto’ e à diferença”, valendo esclarecer que “o problema do tempo presente não é de modo algum a comunicação” (LYOTARD, 1997, p. 67 e 83).

O tempo se difere na medida em que ele acontece, portanto torna-se necessário distinguir o tempo para o processo de comunicação, como exemplificado a seguir:

O tempo de que precisa o pintor para pintar um quadro (o tempo de “produção”), o tempo necessário para olhar e perceber essa obra (o tempo de “consumo”), o tempo ao qual a obra se refere (um momento, uma cena, uma situação, uma seqüência de acontecimentos: o tempo do

referente diegético, da história contada pelo quadro), o tempo que demorou para chegar até o observador, desta vez “sua criação”(o seu tempo de circulação) e, por fim, também, talvez, o tempo que ela própria é. Este princípio, na ambição infantil permitiria isolar “lugares de tempo” diferentes. (*op. cit.*, p. 85).

Ao compreender que o tempo se manifesta de várias formas devido ao como pode ser estudado, dependemos de o quê queremos estudar. No caso desta pesquisa a sistemática do processo de cuidar adotada por enfermeiras abrange a policronia; a figura do tempo em espiral; o tempo como primeira estrutura de uma Enfermagem como ciência em-vias-de-se-fazer; o tempo como pressão e produtor da entropia; o tempo para a comunicação e com a comunicação; o tempo de produção, consumo, da história contada, da circulação e o tempo do tempo.

O importante é que cada pessoa descubra seu próprio tempo, reencontrando-se com ele e, a partir daí, liberte sua criatividade (...) No interjogo entre o tempo interior e o tempo exterior encontramos ‘o tempo próprio’; a consciência e a percepção do interjogo temporal permitirão que se adquira autonomia (BRINKMAN, 1989, p. 18-9 *apud* MACHADO, 2000, p. 64).

E nesse interjogo entre tempo interior e exterior as enfermeiras têm a autonomia de cuidar e de gerenciar o cuidado.

Ao entrar no mercado de trabalho, as enfermeiras “se deparam com uma realidade muito diferente da acadêmica (...) se vêem responsáveis por inúmeras atividades que acabam por se distanciar da assistência direta ao paciente” (SILVA, 2006, p. 19). Para essa autora a falta de tempo não é fator responsável por esta condição, muito menos a assunção de atos de outros profissionais, que dificultam o processo de comunicação direta com o cliente.

Neste contexto, Silva (*op.cit.*) afirma que o tempo e a comunicação não podem ser vistos como instrumentos para o cuidado, mas sim como bases que permitem o desenvolvimento das habilidades interpessoais. “A vida pode ser definida como o ‘tempo em que se existe’”, seja acreditando na existência em um

período entre a concepção e a morte, seja na existência eterna, em um período infinito...” (*op. cit.*, p. 123).

Portanto, a sistemática envolvendo tempo e comunicação mostrou as enfermeiras atuando como feitas para o paciente, superando obstáculos das barreiras do tempo e ao mesmo tempo tendo o próprio tempo como seu aliado; superando os limites da comunicação e tendo ao mesmo tempo a comunicação como uma aliança com o tempo.

Considerações Finais

Considerações Finais

Pode-se dizer que colocar em prática a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) faz-se necessário para que os sujeitos que recebem o cuidado de Enfermagem sejam vistos e cuidados em sua totalidade existencial, para que sejam tratados como pessoas individuais e não por número de leito, nome de patologia, nome de procedimento cirúrgico: este era meu primeiro pensamento construído baseado em conhecimentos produzidos na graduação em Enfermagem, reforçado com a prática como enfermeira, docente de graduação e pós-graduação que lutava para a implantação da SAE. Inicialmente a questão problema era: “A não sistematização da assistência é considerada pelo enfermeiro como um dos aspectos que poderá por em questionamento a cientificidade da Enfermagem?”

O desmoronamento da minha questão problema (primeira) se deu ao refletir que no cotidiano da prática como aluna, enfermeira e docente, pude perceber que mesmo na ausência da SAE, a enfermeira cuida de seus clientes. “Como essa enfermeira sistematiza seu cuidado?”: curiosidade que me impulsionou a (re)construir o objeto de estudo da presente pesquisa, sob a compreensão de que a Enfermagem é uma ciência em-vias-de-se-fazer.

Além disso, como já dito anteriormente, há de se considerar que o ato de conhecer ocorre quando um conhecimento anterior se apresenta como um obstáculo e ao reconhecê-lo como tal, o zelo ao investigar uma problemática de estudo é o que poderá fornecer o caminho para o conhecimento.

Se possível fosse concluir esta pesquisa, diria que houve um processo de desconstrução de um olhar sobre a SAE como a “tábua da salvação” para uma cientificidade da Enfermagem. Esse novo olhar não desconsidera o seu valor colaborativo, mas permite compreender que há outras formas possíveis adotadas pelas enfermeiras com a finalidade de planejar o cuidado de Enfermagem. Creio que esta “conclusão” se deu a partir do momento em que eu (pesquisadora) adotei o rigor para essa investigação em relação à posição de observar sem permitir que o conhecimento geral e a primeira experiência de se posicionar como observadora não se tornassem barreiras e levassem à coleta de dados não fidedignos que enviassem as fases de pré-análise, exploração e tratamento dos resultados, para não voltar ao discurso de Sistematização da Assistência de Enfermagem e/ou Teorias de Enfermagem.

Desconstruir esse pensamento primeiro sobre um discurso de SAE e observar não foram tarefas fáceis, à princípio. Refere-se o “à princípio” devido à oportunidade que se teve em se despir, sair do gesso e do recalçamento de que as enfermeiras em determinado local ao qual co-habito não possuíam uma sistemática para cuidar.

Uma outra oportunidade foi ter contato com a produção de conhecimento de autores célebres não somente para a Enfermagem, como também para qualquer investigador ou estudante que se beneficie com sua produção. Esse contato não foi meramente “passar os olhos” no que estava escrito, mas leituras profundas e duras, bem complexas, para tentar compreender e apreender o que ali estava exposto; ou seja, entender. Para isto, palavra por palavra foi questionada quando não se havia certeza sobre o que estava escrito, tendo os dicionários de Português, Espanhol e Filosofia como grandes parceiros. Sobre este último, não me atrevo afirmar que aprendi Filosofia, mas que aprendi a não

utilizar qualquer palavra que atribuísse um caráter filosófico, surgindo o zelo ao utilizá-las para não fornecer um significado diferente, ao leitor deste estudo, do pensamento e motivos que levaram a investigadora ao se apropriar da palavra escolhida.

Os resultados direcionaram à desconstrução de uma sistematização preestabelecida para construção dessa pesquisa a partir de uma sistemática que traduz o *modus operandi* das enfermeiras. Nesse sentido, a pesquisa apresenta um diagnóstico do modo de fazer indicando claramente que o TEMPO e a COMUNICAÇÃO são as bases de todo o processo de cuidar.

A escolha por uma única categoria temática para uma sistemática envolvendo tempo e comunicação não se deu de modo aleatório e sem fundamentação. Ela surge porque o tempo possui várias dimensões se articulando a outros temas ou categorias analíticas sob a formação de rede, havendo o impedimento de imprimir apenas um sentido, um caminho ou um nó epistêmico que contemple, por si só, a totalidade do conceito de tempo como categoria.

Assim, quando se iluminou a rede construída da categoria analítica TEMPO, a COMUNICAÇÃO foi quem mais destacou como conexão. Essa é uma das justificativas por essa escolha de categoria temática; uma sistemática oculta/empírica de enfermeiras quando cuidam envolvendo TEMPO e COMUNICAÇÃO de forma indissociável.

Não se pode declarar que o resultado deste estudo é a realidade de todas as enfermeiras, seja dos cenários desta pesquisa, da região onde o estudo foi realizado, seja no estado do Rio de Janeiro a qual os cenários pertencem, seja no Brasil. Assim, cairíamos em outro obstáculo: o conhecimento geral, ou seja, a generalização ou senso comum para a produção do conhecimento.

As ações e atos das enfermeiras revelaram o cuidado indireto soberano ao cuidado direto, pois o dimensionamento de pessoas para atender as necessidades dos clientes; a descaracterização do perfil do sujeito cuidado; a cultura; entre outros, levam essas enfermeiras a se entregarem ao tempo e à comunicação para a ocorrência de uma sistemática do processo de cuidar que vai de encontro ao mundo-relógio. Como elas têm pouco tempo e muito trabalho, as pressões externas fazem com que o cuidado direto se dissipe nas paredes do tempo e assim, o meio de se manterem ligadas à esse mundo ocorre com o uso da comunicação.

À essa cultura policrônica, a figura do tempo em espiral norteia o cuidado, em que as estratégias se apresentaram como perdidas nas paredes do tempo, pois as mesmas forças externas e internas fazem com que as enfermeiras realizem o cuidado indireto e com que o processo de cuidado seja executado em meio às turbulências como ocorre na entropia, mobilizando seus atos e ações cuidadosos para direções diferentes. Assim, a sistemática envolve tempo e comunicação, presentes no corpo dessas enfermeiras, como se essência do Ser-Enfermeira, que atuam de forma singular, cada uma em seu tempo e modo de comunicação para cumprir o que assumiram como um planejamento do cuidado de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ABDELLAH, Faye Glenn, and others. **Patient-Centered Approaches to Nursing**. New York: Macmillan Publishing Co., Inc., 1960. [tradução nossa]

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. 1210 p

ALFARO-LEFREVE R. **A aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo**. 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. *apud* FIGUEIREDO, Rosely Moralez de, et al. **Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil**. Rev Esc Enf USP, 2006; 40(2): 299-303. Disponível em www.ee.usp.br/reusp/ dia 06/03/2008 às 14h35min

BACHELARD, Gaston. **A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento**. (Tradução Estela dos Santos Abreu). Rio de Janeiro: Contraponto, 1996. 314 p

_____. **Ensaio sobre o conhecimento aproximado**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2004. 318 p

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Ed revista e actualizada. Lisboa; Portugal: Edições 70. 2009. 281 p

BARRETO, Viviane Pinto Martins. **A gerência do cuidado prestado pelo enfermeiro a clientes internados em terapia intensiva**. Dissertação/ Mestrado em Enfermagem:. Rio de Janeiro: EEAP/UNIRIO, 2009. 116 p

BERLO, David K. **O processo da comunicação: introdução à teoria e à prática**. 10 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. – (Coleção biblioteca universal) . 330 p

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Código de Ética e Legislações: mais utilizadas no dia a dia da Enfermagem (Resolução 272/02)**. Rio de Janeiro: edição própria, 2005.

BRASIL. **Lei nº 7498, de 25 de Junho de 1986**. Dispõe sobre regulamentação do exercício de Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 26 de Julho 1986. Seção 1, p 9273-5

BRINKMAN, Lola. **A linguagem do movimento corporal**. São Paulo: Summus Editorial, 1989 *apud* MACHADO, William César Alves. **Tempo, espaço e movimento**: o “(d)”eficiente físico, a reabilitação e o desafio de sobreviver com o corpo partido. Rio de Janeiro: Papel Virtual, 2000. 177 p

BUENO, Francisco da Silveira (1898). **Dicionário escolar da língua portuguesa**. 11 ed. 10ª tiragem. Rio de Janeiro: Fundação de Assistência ao Estudante do Ministério da Educação do Brasil - FAE, 1986. 1263 p

CACCAVO, Paulo Vaccari. **A Arte da Enfermagem**: efêmera, graciosa e perene. [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ); 2000.

CAPALBO, Creusa. **Os novos paradigmas da pesquisa em saúde e a pós-modernidade**. Revista Ciência em Saúde, Florianópolis, v.16, n.1 e 2, p.16-31, 1997.

CARPENITO, Linda Juall. **Diagnóstico de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 8ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CARPENITO, L. J. **Manual de diagnósticos de enfermagem**. 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 744 p

CARPER, B. **Fundamental patterns of knowing in nursing**. *Adv Nurs Sci* 1978; 1 (1): 13-23 *apud* VILLALOBOS, María Mercedes Durán. **La ciência, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal**. *Revista Aquichan*, Colombia, 2005: p 86-95. Disponível em <http://www.bvs.br> dia 08 de Agosto de 2009, 23h.

CARVALHO, Vilma de. **Cuidando, pesquisando e ensinando**: acerca dos significados e implicações na prática da enfermagem. (Conferência) In: III Jornada de Enfermagem Oncológica do Instituto Nacional do Câncer – INCA, no dia 11/07/2002, no Rio de Janeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Volume 12. número 5. Setembro/Outubro 2004.

_____. **Sobre construtos epistemológicos nas ciências – uma contribuição para a enfermagem**. *Revista Latino-Americana Enfermagem* vol.11 n 4. Ribeirão Preto: *July/Aug*. 2003. Disponível em <http://www.bvs.br/scielo> dia 23 de Maio de 2008, 23h.

_____. **Enfermagem: ensino e perfil profissional/** organização de Vilma de Carvalho: prefácio de Lygia Paim – 1 ed. – Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006. 373 p

_____; ANDRADE, Maria Dolores Lins de; RHODUS, Cilei Chaves; SOUZA, Elvira De Felice; PAIM, Lygia. **O curso de graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ:** currículo pleno face ao Parecer 163/72. (Conferência) In: Mesa Redonda/ Tema oficial do XXV Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em João Pessoa PB, 17 a 21 de Julho de 1973: sendo relatora: Lygia Paim. REBEn Ano XXVI Jul/Set de 1973 n 4 e5 – p. 253-72.

CASTRO, Ieda Barreira; CARVALHO, Vilma de; BORGES, Maria Valdeez. **Reflexões sobre a prática de Enfermagem no Brasil e na América Latina:** implicações educacionais. In: CARVALHO, Vilma de (org.). Sobre Enfermagem: ensino e perfil profissional. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006.

CAVALCANTI, Cristina Aparecida Tannure. **Corpo e Estética:** condutas para a descoberta do ser. In: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de; MACHADO, William César. **Corpo e Saúde:** condutas clínicas do cuidar. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2009. 503 p.

CERVO, Amado L.; BERVIAN, Pedro A.; SILVA, Roberto da. **Metodologia Científica.** 6 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CIANCIARULLO; T. I. et al. **Sistematização da assistência de enfermagem:** evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.

CLARKE, A. C. **Perfil do Futuro.** Petrópolis (RJ): Vozes, 1970 *apud* CARVALHO, Vilma de. **Sobre construtos epistemológicos nas ciências** – uma contribuição para a enfermagem. Revista Latino-Americana Enfermagem vol.11 n 4. Ribeirão Preto: *July/Aug.* 2003. Disponível em <http://www.bvs.br/scielo> dia 23 de Maio de 2008, 23h.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM (CIE). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)** – Versão Alfa. São Paulo: CIPE, 1996.

COSTA, Luis Artur; FONSECA, Tânia Mara Galli. **Do contemporâneo**: o tempo na história do presente. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)/ Arquivos Brasileiros de Psicologia, Vol. 59, No 2, 2007.

DELEUZE, Alberto Gualandi. **Figuras do Saber**. São Paulo: Estação Liberdade, 2003. 142 p

DIAS, Maria de Castro et al. **Qualitativo e quantitativo**: evidenciando a Enfermagem como ciência e arte do cuidado. Cuidado é fundamental. Rio de Janeiro, ano 8, n 1/ 2, p. 131-7, 1/ 2 sem.2004.

DODEBEY, Vera Lúcia Doyle. **Tesouro** – linguagem de representação da memória documentária. Niterói: Intertexto. Rio de Janeiro: Interciência, 2002. 120 p.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3 ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; CARVALHO, Vilma de. **O Corpo da Enfermeira como Instrumento do Cuidado**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

FIGUEIREDO, Nébia Almeida de; CARVALHO, Vilma de; QUELUCI, Gisela de Carvalho; SILVA, Rafaela de Oliveira Lopes da. **Do ato médico para o ato de enfermagem**: princípios para uma prática autônoma de enfermagem / On the medical act to the nurse's act: principles for an autonomous practice of nursing. Esc. Anna Nery Rev. Enferm;9(1):28-38, abr. 2005. v.1, n. lançamento, (1997). Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ

FIGUEIREDO, Nébia Almeida de (Org.). **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**. São Caetano do Sul/SP: Difusão Paulista de Enfermagem, 2004.

FIGUEIREDO, Rosely Moralez de, et al. **Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil**. Rev Esc Enf USP, 2006; 40(2): 299-303. Disponível em www.ee.usp.br/reusp/ dia 06/03/2008 às 14h35min

FOUREZ, G. **A construção das ciências**: introdução à filosofia e a ética das ciências. São Paulo: UNESP; 1995.

GEORGE, Júlia B. **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos para a Prática Profissional**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1993. 338 p

GEOVANINI, Telma *et al.* **História da Enfermagem: versões e interpretações**. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. [338 p.] p. 6.

GUITTON, Beatriz; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de ; PORTO, Isaura. **A passagem pelos espelhos: a construção de identidade profissional de enfermeira**. Niterói: Intertexto, 2002.

HALL, Edward T. **A dança da vida: a outra dimensão do tempo**. Lisboa: Relógio D'Água, 1996. 260 p

HALL, S. **A identidade em questão**. 6 ed. Rio de Janeiro (RJ): DP&A, 2001 *apud* QUEIROZ, Marcos de Souza. **O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar**. REBEn, Rev Bras Enferm, 2006 Mar-Abr; 59(2): 222-7)

HENDERSON, Virginia. **The Nature of Nursing**. New York: The Macmillan Co., 1966 *apud* GEORGE, Júlia B. **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos para a Prática Profissional**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1993. 338 p

HESBEEN, Walter. **Cuidar no Hospital: enquadrar cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Paris: Lamarre, 1996. 201 p

HORTA, Wanda de Aguiar. **O processo de enfermagem**. São Paulo: PU/EDUSP, 1979. 99 p

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1998 *apud* WESTPHALEN, Mary E.A.; CARRARO, Telma Ellisa. **Metodologias para Assistência de Enfermagem: Teorizações, Modelos e Subsídios para a Prática**. Goiânia: AB, 2001. 184 p

KERN, Allan Egon. **Gestão por processos: pequenas estratégias com grandes resultados**. *In*: FELDMAN, Liliane Bauer (Org). **Gestão de risco e segurança hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2009. 392 p

KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo (SP): Editora Perspectiva, 1975 *apud* QUEIROZ, Marcos de Souza. **O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar**. REBEn, Rev Bras Enferm, 2006 Mar-Abr; 59(2): 222-7.

LIMA, Maria José de. **O que é enfermagem**. São Paulo: Brasiliense, 2006. (Coleção Primeiros Passos). 277 p

LYOTARD, Jean-François. **O inumano**: considerações sobre o tempo. 2 ed. Lisboa: Editorial Estampa, 1997. 202 p

LUDKE Menga e ANDRÉ M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas – São Paulo: EPU, 1986 (Temas Básicos de Educação e Ensino).

MACHADO, William César Alves. **Tempo, espaço e movimento**: o “(d)”eficiente físico, a reabilitação e o desafio de sobreviver com o corpo partido. Rio de Janeiro: Papel Virtual, 2000. 177 p

MERHY EE. **O ato de governar as tensões constitutivas em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, 1999: 305-314.

MOLES, A. A. **As ciências do impreciso**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995 *apud* CARVALHO, Vilma. **Sobre construtos epistemológicos nas ciências** – uma contribuição para a enfermagem. Revista Latino-Americana Enfermagem, vol.11 n 4. Ribeirão Preto: *July/Aug.* 2003. Disponível em <http://www.bvs.br/scielo> dia 23 de Maio de 2008, 23h.

MORGAN, Gareth. **Imagens da organização**: edição executiva. São Paulo: Atlas, 2000. 380 p

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre Enfermagem**: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez: ABENCEPEEn, 1989.

NIGHTINGALE, Florence. **Notes on Nursing**. New York: Dover Publications, Inc., 1969. In: GEORGE, Júlia B. **Teorias de Enfermagem**: Os Fundamentos para a Prática Profissional. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1993.

NÓBREGA, Maria Miriam Lima de; SILVA, Kenya de Lima. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2 ed. Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009.232 p

PAIM, Rosalda. **Metodologia científica em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1986.

POTTER Patrícia A.; PERRY Anne G. **Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar**. São Paulo: Santos; 1996. 999 p

PRIGOGINE, Ilya. **O nascimento do tempo**. Lisboa: Edições 70, 1988. 75 p

SCONNTAG, Richard Edwin; BORNAKKE, Claus; VAN WYLEN, Gordon J. **Fundamentos da termodinâmica**. 6 ed. São Paulo: Edgard Blücher, 2003. 577 p

OREM, Dorothea E. **Nursing: Concepts of Practice**, New York: McGraw, 1971. In: GEORGE, Júlia B. **Teorias de Enfermagem: os Fundamentos para a Prática Profissional**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1993. In: GEORGE, Júlia B. **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos para a Prática Profissional**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1993.

PEPLAU, Hildegard E. **Interpersonal Relations in Nursing**. New York: G. P. Putnam's Sons, 1952 *apud* GEORGE, Júlia B. **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos para a Prática Profissional**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1993. 338 p

QUEIROZ, M. S. **O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica**. Rev Saúde Pública, 1986; 20: 309-17 *apud* BUENO, Flora Marta Giglio; QUEIROZ, Marcos de Souza. **O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar**. REBEn, Rev Bras Enferm, 2006 Mar-Abr; 59(2): 222-7)

QUELUCI, GC. Situações-problema de clientes hospitalizados: um estudo baseado em graus de complexidade na prática da Enfermagem. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ. Tese de Doutorado, 2009. 159 p

RALPH, Sheila Sparks; THAYLOR, Cynthia M. **Manual de diagnóstico de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007

ROGERS, M. In ROMÁN, Carlos Agustín Leon. **Enfermería ciencia y arte del cuidado**. Rev Cubana Enferm v 22, n 4. Ciudad de la Habana. Sep.-Dic., 2006. [tradução nossa]

ROMÁN, Carlos Agustín Leon. **Enfermería ciencia y arte del cuidado**. *Rev Cubana Enferm* v 22, n 4. Ciudad de la Habana. Sep.-Dic., 2006. [tradução nossa]

ROSSI. LA, CARVALHO EC. **A coleta de dados** : relação com modelos, filosofia institucional e recursos disponíveis. In : Anais do 3º Fórum Mineiro de Enfermagem, 2002 Nov 20-21, Uberlândia, Brasil, Uberlândia. Universidade Federal de Uberlândia 2002

ROY, Sister Calista. **An introduction to nursing and adaptation model**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, Inc: 1976. In: POTTER PA; PERRY AG. **Grande tratado de enfermagem prática**: clínica e prática hospitalar. São Paulo: Santos, 1996. 999 p

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23 ed rev. e atual. – São Paulo: Cortez, 2007. 304 p

SILVA, Maria Júlia Paes da (Org.). **Qual o tempo do cuidado?**: humanizando os cuidados de Enfermagem. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2004. 180 p

SILVA, L. S. S. et al. **Arte na enfermagem**: iniciando um diálogo reflexivo. Texto & Contexto – Enfermagem. vol. 14. n 1. Florianópolis Jan./Mar. 2005.

TANNURE, Meire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Lab, 2008.

TONINI, Teresa. **Enfermeira Instituída/Instituinte**: a subjetividade na gerência de enfermagem. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: IMS, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VICKERY, B. C. **Knowledge representation: a brief review**. *Journal of Documentation*, [S. l.], v.42, no.3, p. 145-159, Sept. 1982 [tradução nossa]

VILLALOBOS, Maria Mercedes Duran de. **La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal**. *Revista Aquichan*. Año 5. v 5, n 1(5) – Chia, Colômbia, Octubre, 2005: 86-95. [tradução nossa]

WALDOW, Vera Regina. **Estratégias de ensino na enfermagem**. (Prefácio de Leonardo Boff). 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2005. 133 p

WATSON, Jean. **Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing.** Norwalk, Conn.: Appleton-Century-Crofts, 1985; New York: National League for Nursing, 1988 apud GEORGE, Júlia B. **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos para a Prática Profissional.** Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1993. 338 p

WESTPHALEN, Mary E.A.; CARRARO, Telma Ellisa. **Metodologias para Assistência de Enfermagem: Teorizações, Modelos e Subsídios para a Prática.** Goiânia: AB, 2001. 184 p

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Enfermeiro(a),

Como aluna do Programa de Pós Graduação *Strito-Sensu* em Enfermagem – Mestrado Acadêmico, da Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro – UNIRIO, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS, desenvolvo uma pesquisa. O objetivo geral desse estudo é desvelar a sistematização empírica dos enfermeiros na prática de cuidar de clientes internados em enfermarias.

Para o alcance deste objetivo, venho solicitar sua participação nesta pesquisa, onde será realizada a observação sistemática, direta e não-participante de seu cotidiano da prática de cuidar. Nesse momento de coleta de dados, não haverá inferência da observadora em sua prática diária.

Garanto o sigilo e o anonimato do material coletado na pesquisa. Informo que os dados obtidos poderão ser divulgados em periódicos ou livros pertinentes à área de atuação ou em eventos científicos, com o sigilo de seu nome.

Para afirmar a vossa compreensão sob este convite e contando com vosso consentimento e participação, solicito seu consentimento abaixo.

Eu,

Documento de identidade/matricula nº _____ /

_____,
concordo em participar, na qualidade de observado, bem autorizo a observação sistemática, direta, não-participante do meu cotidiano, para a realização da pesquisa intitulada “**Sistemática do Processo de Cuidar de Enfermeiras: Mostrando um Modo de Fazer**”, de autoria de **Dr^a Teresa Tonini** (orientadora) e **Dorvalina Catarina Lima Silva** (pesquisadora/mestranda). Autorizo as suas responsáveis a divulgar o conteúdo da respectiva transcrição de conteúdos pesquisados, desde que seja respeitado o anonimato, em documentos que tenham por finalidade contribuir para a qualidade da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, de pesquisar e de ensinar Enfermagem.

Volta Redonda, ____ de _____ de 2009.

COREN/RJ: 93808

Dr^a Teresa Tonni – Orientadora

dorvalina.bidu@bol.com.br

Dorvalina Catarina Lima Silva. Pesquisadora

Volta Redonda, ____ de _____ de 2009.

Assinatura do participante

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem

Sistemática do processo de cuidar de enfermeiras:
mostrando um modo de fazer

Formulário para coleta de dados

Local: HMMR

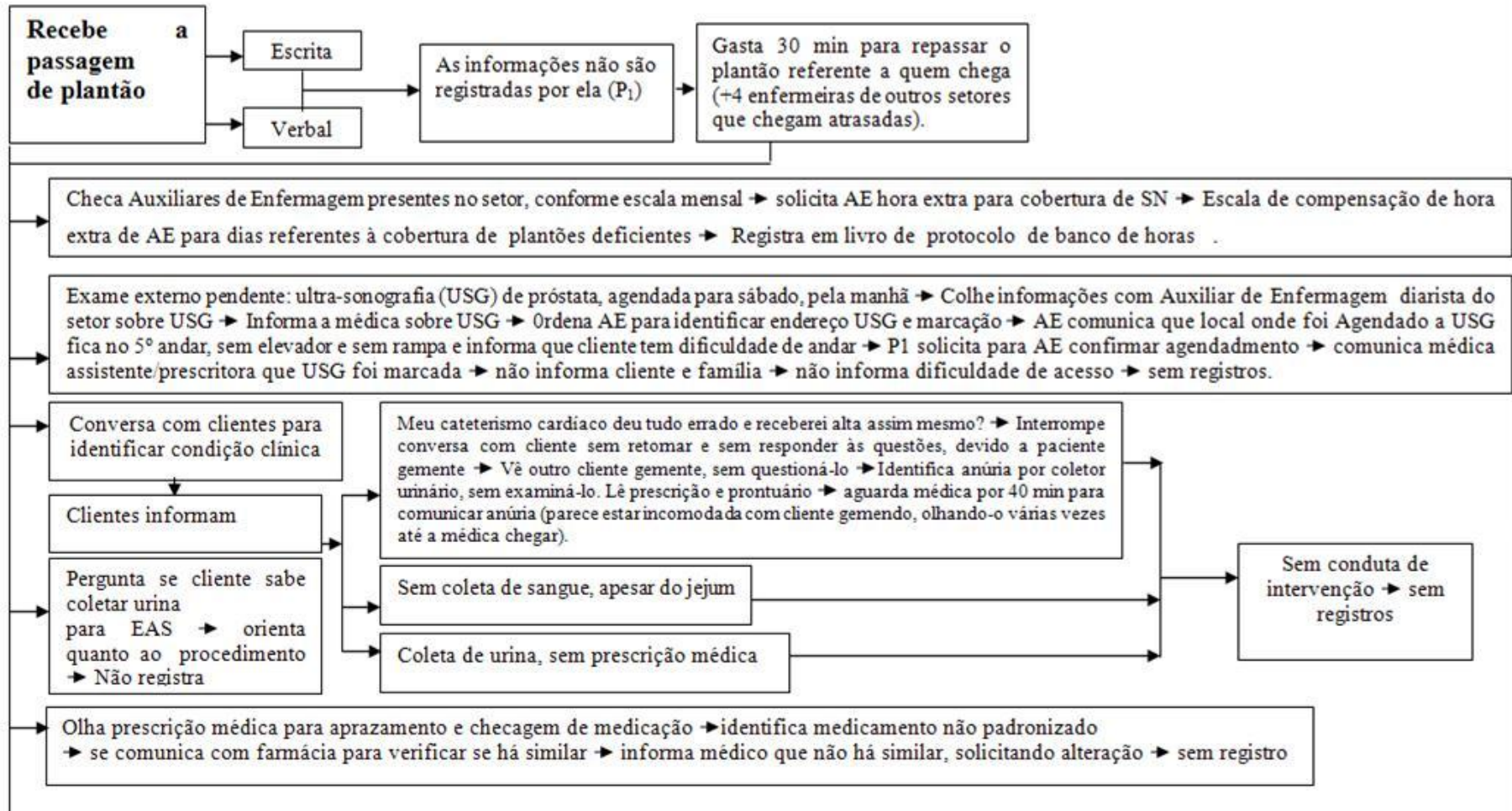
Sujeito: S __ ; sexo: ____ Data: __ / __ / 2009

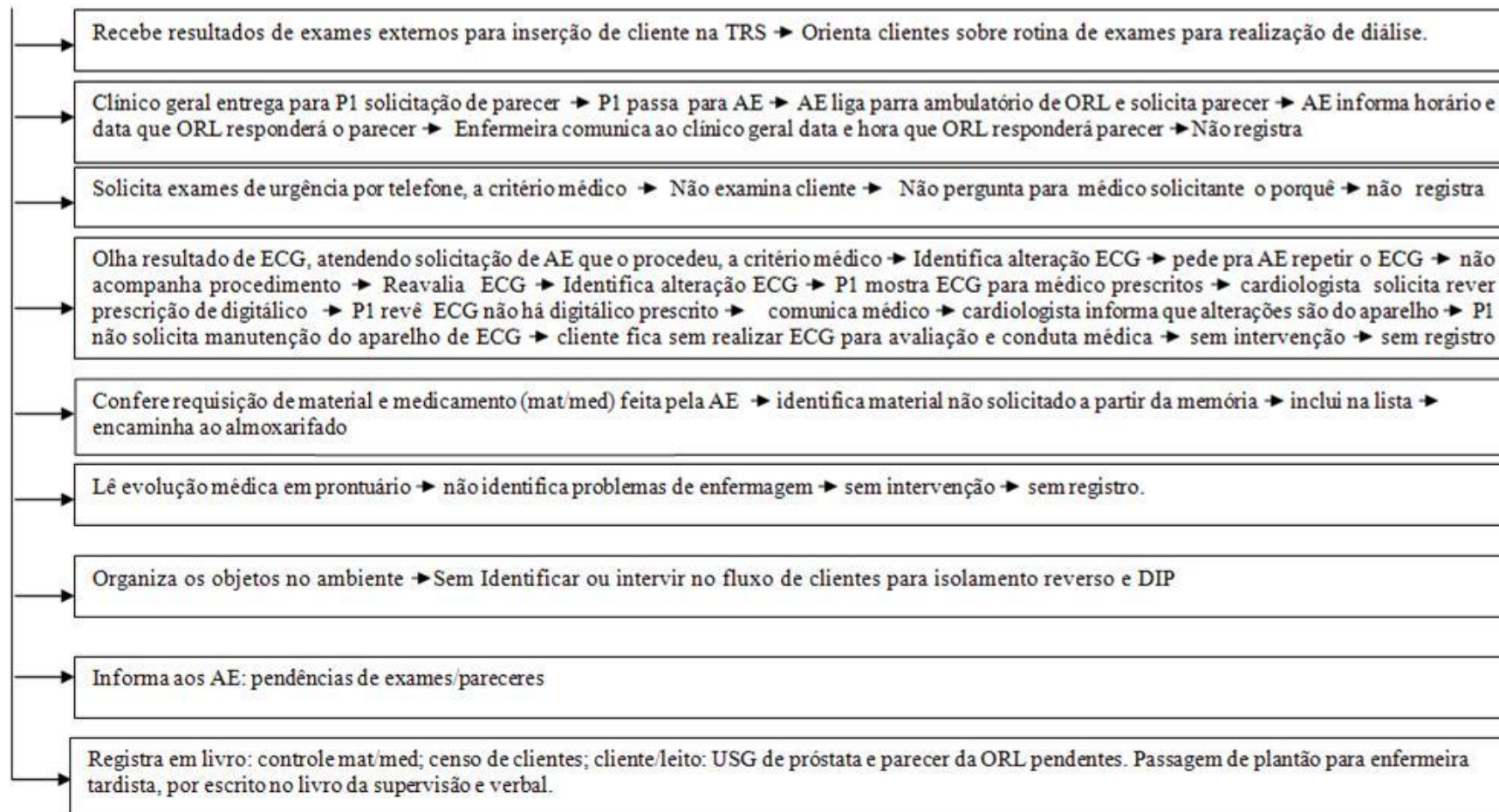
Hora início: __ : __ Hora término: __ : __

Itens observados na prática de cuidar das enfermeiras					
1	2	3	4	5	6
Prática de Enfermagem observada	Manifestação da enfermeira (verbalizações, atitudes, ações, etc)	Circunstância Física	Descrição dos elementos referentes à identificação, intervenção e avaliação do cuidado ao cliente	Registros que a enfermeira realiza acerca das intervenções e avaliação do cliente	Observações

Apêndice III
Cronograma de atividades para elaboração da dissertação

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (P), (CHEFE DE ENFERMAGEM DO SETOR - CMM - MANHISTÁ)



Continuação do Tesauro: P₁

OBSERVAÇÃO P₂ (CHEFE DE ENFERMAGEM DOS SETORES – CMF e UI - MANHISTA)

Chega uma hora atrasada e vai direto aos setores (assume dois setores: CMF e UI)

AE informa que uma paciente, sem possibilidade terapêutica atua, está com dor onde há um cateter venoso profundo inserido → Informa AE que avaliará → Prepara material para novo acesso venoso → Examina jugular da paciente → Identifica sinais flogísticos em área de inserção de cateter → Avalia local para novo acesso venoso periférico. Sem êxito → Comunica paciente e acompanhante sobre a necessidade de um novo acesso profundo → Não registra atuação → Identifica 14 dias de antibioticoretação → comunica o médico assistente e solicita acesso profundo → não faz registros

Checa material guardado na geladeira → Encontra um copo de suco lacrado → Olha para equipe de AE → joga o suco fora → sem registro.

Atende solicitação de AE para compensação de hora extra → Confere na escala data solicitada → Registra em livro de banco de horas

Separa exames que deveriam ser entregues para pacientes antes da saída hospitalar → liga para família buscá-los → liga para ambulatório para agendar revisão de pacientes de alta hospitalar com o clínico geral → liga para pacientes informando local, data, horário e médico → Organiza prontuários pós-alta → solicita AE entregar prontuários no setor de faturamento.

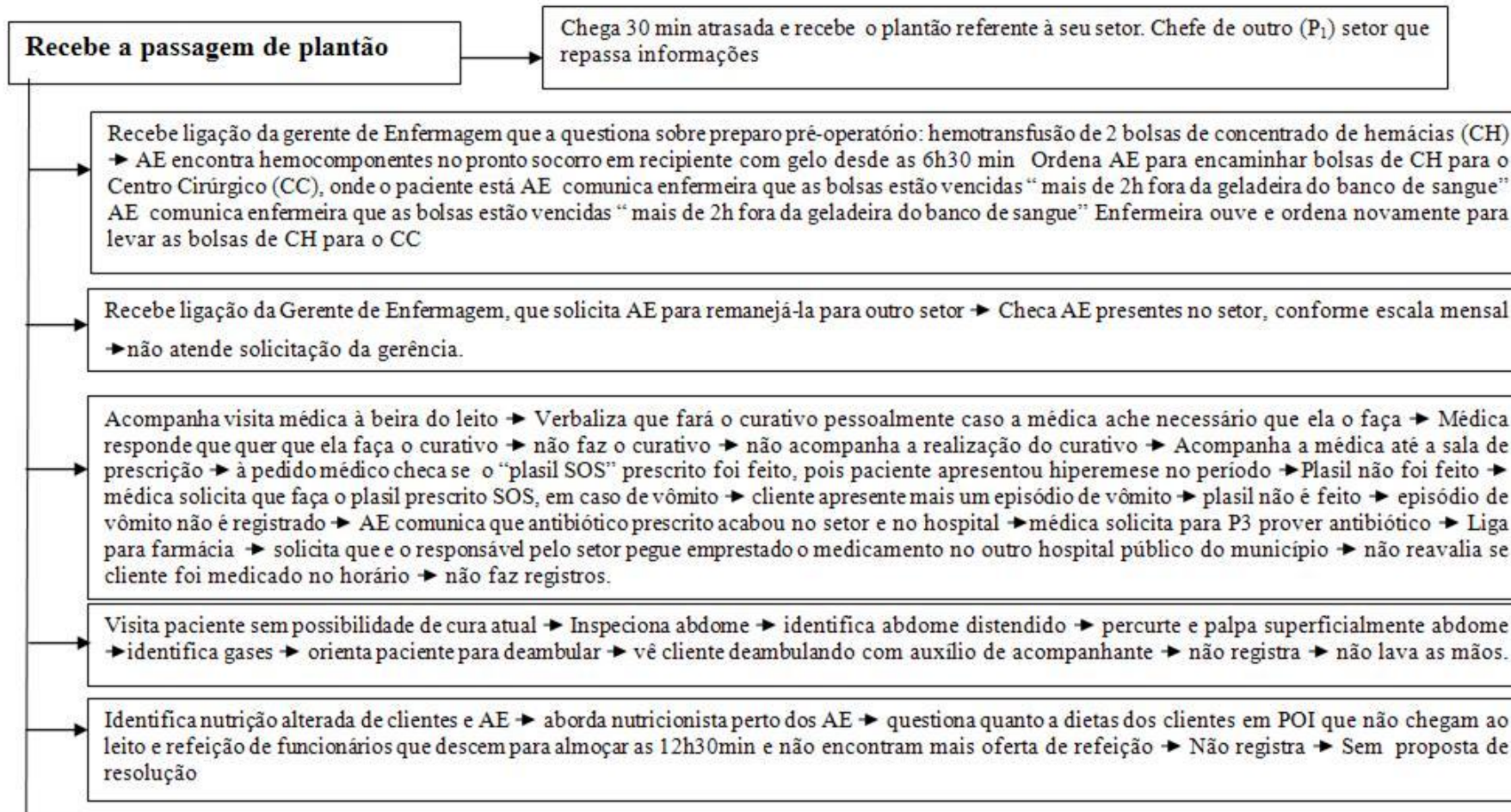
Lê o livro de plantão dos AE → Assina e carimba todos os registros por plantão

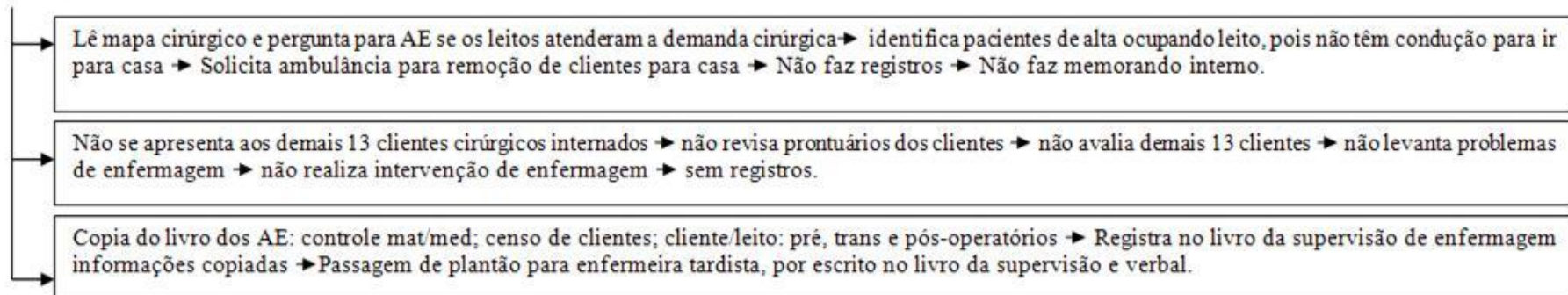
Solicita exames concentrado de hemácias → - Não pergunta para médico solicitante o porquê. Não examina cliente. Não vê prontuário. → Não registra.

Copia do livro de plantão de AE: controle mat/med; cliente/leito; pendências (exames; pareceres; dietoterapias e; hemotransfusão) → repassa para livro de supervisão → Passagem de plantão para enfermeira tardista, por escrito no livro da supervisão e verbal.

Vai à beira dos leitos e dá bom dia a todas pacientes e acompanhantes → olha clientes: 1 grave; 1 em fase terminal de câncer; 1 esquizofrênica → Identifica presença de estresse e desgaste das acompanhantes → explica a situação das pacientes → orienta acompanhante para perguntar prognóstico ao médico → Não realiza registros

Olha chegada de paciente em pós-operatório imediato, que veio deambulando do centro cirúrgico → identifica risco de queda → solicita à AE que admita paciente.

OBSERVAÇÃO P₃ (CHEFE DE ENFERMAGEM DO SETOR: CLÍNICA CIRÚRGICA - MANHISTA)


Continuação do Tesouro: P₃

OBSERVAÇÃO P₄ (TARDISTA, COBRE 6 SETORES: CLÍNICA MÉDICA FEMININA E MASCULINA, UNIDADE INTERMEDIÁRIA – UI, CLÍNICA CIRÚRGICA, PEDIATRIA, CENTRO CIRÚRGICO)

Recebe a passagem de plantão

Verbal

Escrita

Lê e copia em rascunho as pendências: nutrição enteral – NE (clínica médica feminina e UI) e punção de subclávia (clínica médica feminina e masculina)

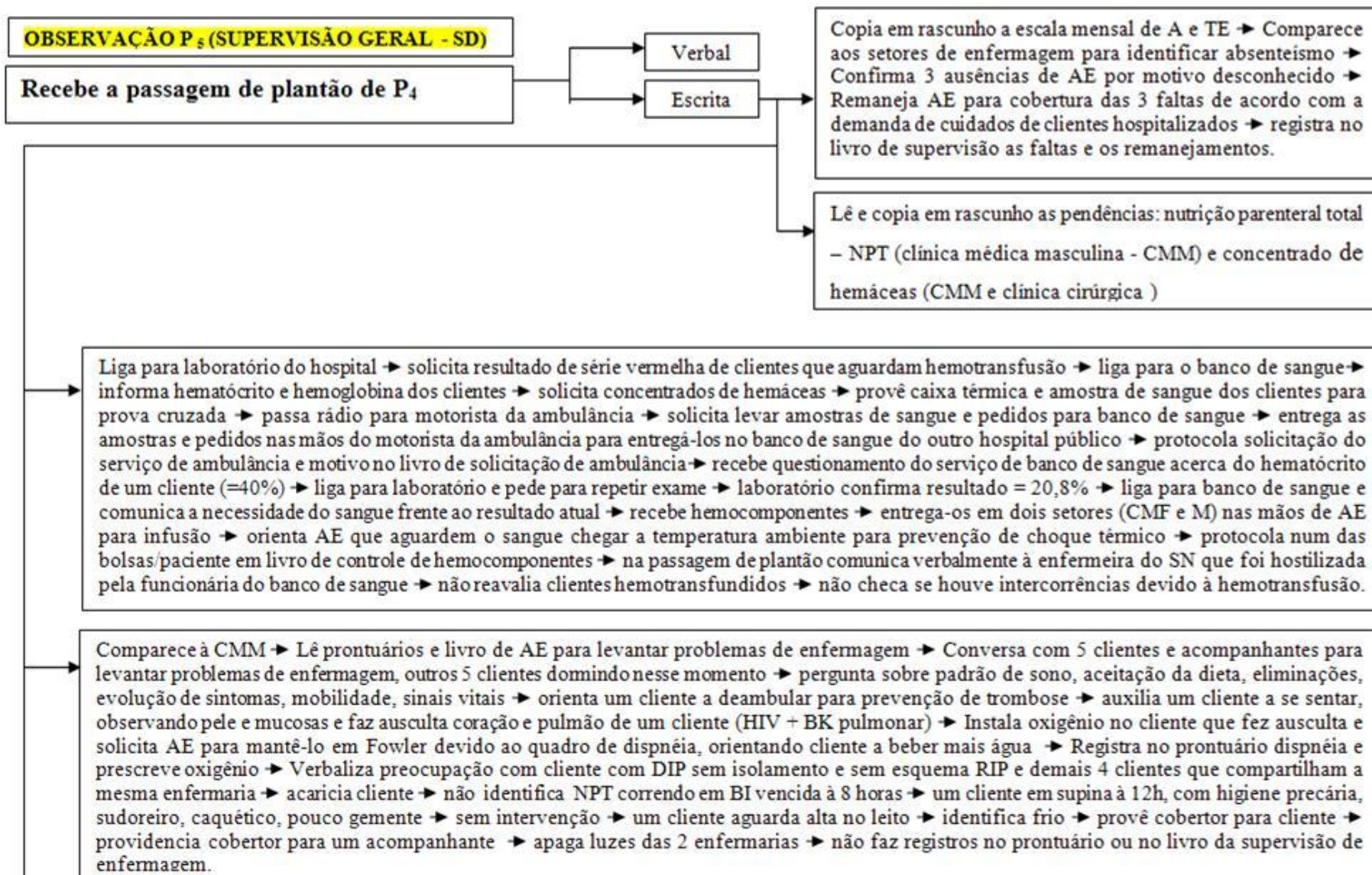
Vai à beira do leito e observa clientes (CMF e M)
 → Solicita que AE preparem material para punção de subclávia → solicita médico da UTI para realizar procedimento → confere se material foi preparado → comunica equipe de AE que médico já está à caminho → após realizado as duas punções de subclávia, registra no livro da supervisão de enfermagem, atualizando as anotações realizadas pelas manhistas, onde está escrito “pendência” anota “realizado com êxito”

Vai à beira do leito e observa cliente da clínica médica feminina que está aguardando NE → Olha sonda enteral → investiga motivo de atraso de NE, sem resposta → NE das duas clientes (CMF e UI) estavam na geladeira de medicamentos da UTI desde as 10h e enfermeiras dos setores onde usuários aguardavam dietas não as solicitou, por motivo desconhecido → vai até a pediatria e pega uma BI emprestada → Instala BI em suporte de soro e testa funcionamento → Volta para CTI e pega as duas NE, para instalar nas clientes → identifica que o prazo de validade inspirará a 0h → instala frasco de NE para correr em BI → comunica AE que a NE deverá ser interrompida as 24h devido ao prazo de validade → registra no livro da supervisão que NE deverá ser interrompida as 24h

Vai à beira do leito e observa cliente da UI que está aguardando NE → Observa sonda enteral → Olha NE que está correndo em BI → Identifica que NE venceu as 06h30min → interrompe NE → é comunicada pela AE que paciente está com diarreia em abundância → instala nova NE em BI → comunica AE que a NE deverá ser interrompida as 24h devido ao prazo de validade → registra no livro da supervisão que NE deverá ser interrompida as 24h

Passagem de plantão para enfermeira tardista, por escrito no livro da supervisão e verbal.

Vai aos setores de clínica médica feminina e masculina, pediatria, UI, clínica cirúrgica e centro cirúrgico → conversa com equipe de AE para levantar problemas que necessitam de intervenção de enfermagem → AE comunicam que não há problemas de enfermagem → não lê anotações dos prontuários e livros dos setores → não conversa com clientes e acompanhantes → se coloca a disposição dos AE para qualquer necessidade → vai para sala da coordenação de enfermagem.



Continuação do Tesouro: P 5

Comparece à UI → Lê prontuários e livro de AE para levantar problemas de enfermagem → Vai à beira dos 2 leitos ocupados → cumprimenta e olha clientes → pergunta à AE desde quando uma cliente está sudoreica, já que não há relato na papeleta → AE informa que não havia observado → Solicita para AE fazer HGT, resultado = 43 mg/dL → Aciona médico do PS → médico comparece a UI → P5 lava as mãos e aspira 2 ampolas de glicose hipertônica à 50% → médico prescreve → identifica acesso que acesso venoso não está pèrveo → pergunta à cliente se está doendo no local da punção e a resposta é "sim" → tenta outro acesso sem êxito → insere cateter em jugular externa → administra glicose prescrita → fixa o cateter → não faz registros no prontuário → reavalia HGT 20 min depois = 126 mg/dL → solicita ao SND oferta de mingau doce para 0h → acalma cliente e orienta para que a mesma relate qualquer sintoma, logo que se inicie → identifica odor proveniente do banheiro e cheiro de tinta → aciona serviço de limpeza e abre janela → registra no livro da supervisão o episódio de hipoglicemia e conduta → retorna 8h e 40 min após para avaliar segunda cliente → pergunta sobre dor e urina → orienta maior ingesta hídrica e para cliente deambular → não faz registros.

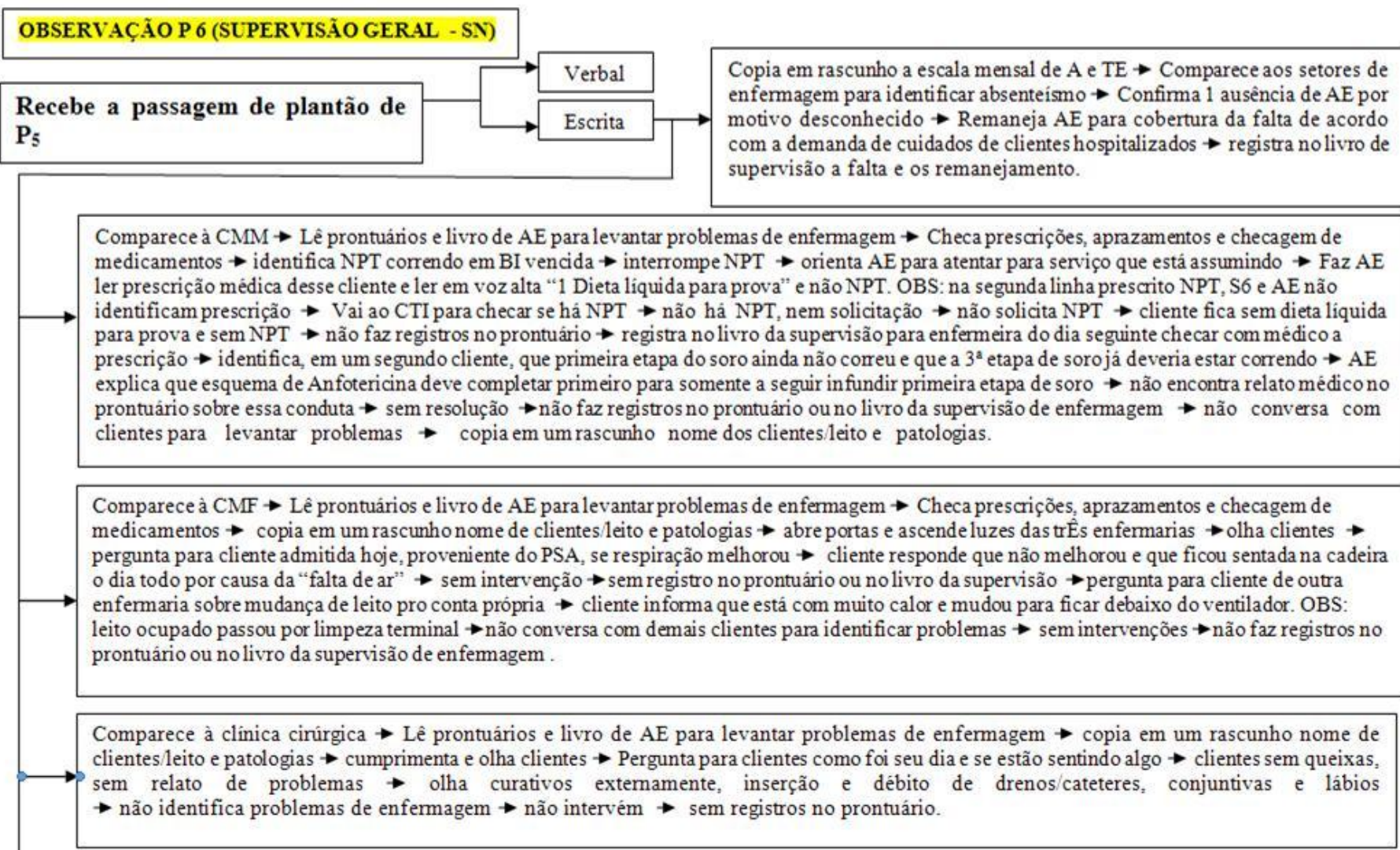
Comparece à clínica cirúrgica → Lê prontuários e livro de AE para levantar problemas de enfermagem → Vai à beira dos 4 leitos ocupados → cumprimenta e olha clientes → Pergunta para clientes como foi a noite, padrão de sono, aceitação de desjejum, banho, se necessita de algo e se há queixas → clientes sem queixas, sem relato de problemas → olha curativos externamente, inserção e débito de drenos/cateteres → orienta clientes para sentarem-se por 30 minutos e depois caminhar para evitar problemas de circulação e respiratórios → não faz registros nos prontuários.

Comparece ao setor de pronto atendimento → Lê prontuários e livro de AE para levantar problemas de enfermagem de 8 clientes que estão internados nos leitos de repouso do PSA e consultório médico, aguardando vaga nas clínicas médicas e cirúrgica → Abre janelas e ascende luzes dos repousos → cumprimenta clientes → solicita para AE subir com dois clientes: uma para CMF (cliente dispnêica) e outra para CMF (cliente excepcional, com epilepsia moderada) à critério da médica da rotina da CMF → liga para as clínicas comunicando admissões → identifica um cliente com gastrostomia drenado pelo perímetro da sonda secreção escura, de odor fétido → ordena AE chamar o médico para avaliar e após avaliação realizar banho e curativo → dois clientes (BK pulmonar +) sem cobertura antimicrobiano → não identifica → não solicita medicamento (padronizado no hospital) → não faz perguntas aos 8 clientes para levantar problemas de enfermagem → sem registros.

Checa lista de pendências → retorna à CMF → cumprimenta cliente admitida proveniente do PSA → cliente em ortopnéia, fadiga e pálida no momento → pergunta para cliente: "- Está tudo bem, né?", se já fez RX tórax e exame de sangue → cliente afirma que está tudo bem e que já fez RX e exame de sangue → lê prescrição e evolução médica → confere aprazamento e checagem de medicamentos feitos pelos AE → não identifica problemas → não intervém → não registra → retorna à UI para ver cliente proveniente do CTI → pergunta para AE se medicamentos vieram do CTI → AE responde que sim → não conversa com cliente → não lê prontuário → não faz registros no prontuário

Continuação do Tesouro: P₅

Fecha livro de plantão da supervisão de Enfermagem → Registra setor; leito; nome do cliente; patologias; hemotransfusão; intercorrência (hipoglicemia); admissões; altas; pendências (NPT; TC de abdome e vias urinárias; ecocardiograma) → passa verbalmente para enfermeira do SN (P₆) sobre NBZ que não foi feita em paciente que está internado no PSA (BK pulmonar) pois não havia saída de oxigênio devido ao cliente estar internado em consultório de atendimento médico → solicita atenção para cliente da UI (hipoglicemia); isolamento DIP; escolar com hipertensão na pediatria → S₆ pergunta para P₅ se não tem ciência que no hospital (CTI e CC) há cilindro de oxigênio para transporte e que poderia tê-los utilizado para NBZ → responde que não se lembrou → P₅ solicita para P₆ descer com cilindro para PSA para realização de NBZ



Continuação do Tesauro: P6

Anota no livro de plantão da supervisão de enfermagem → setor; nome do cliente/leito; patologia; dreno; sonda; cateteres; MNBZ e pendências (NPT; TC de abdome e vias urinárias; ecocardiograma) → passa plantão: verbal + escrito.

OBSERVAÇÃO P₇ (SUPERVISÃO GERAL - SD)

Recebe a passagem de plantão de P₆

Verbal

Escrita

Copia em rascunho a escala mensal de A e TE → Comparece aos setores de enfermagem para identificar absenteísmo → Confirma 3 ausências de AE por motivo desconhecido → Remaneja AE para cobertura das 3 faltas de acordo com a demanda de cuidados de clientes hospitalizados → registra no livro de supervisão as faltas e os remanejamentos.

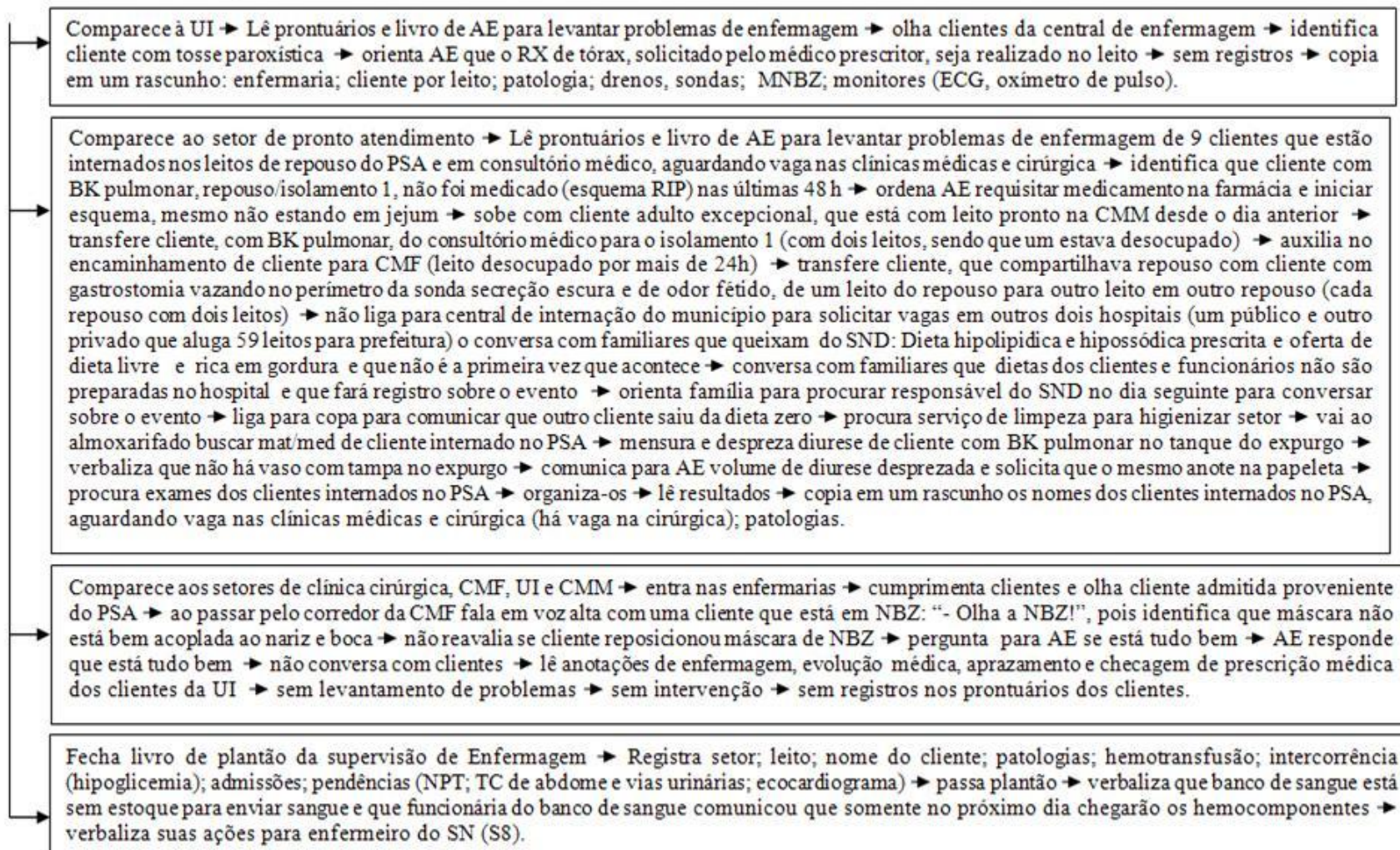
Lê e copia em rascunho as pendências: NPT (CMM); TC de abdome (PSA); TC vias urinárias (PSA); ecocardiograma (CMM)

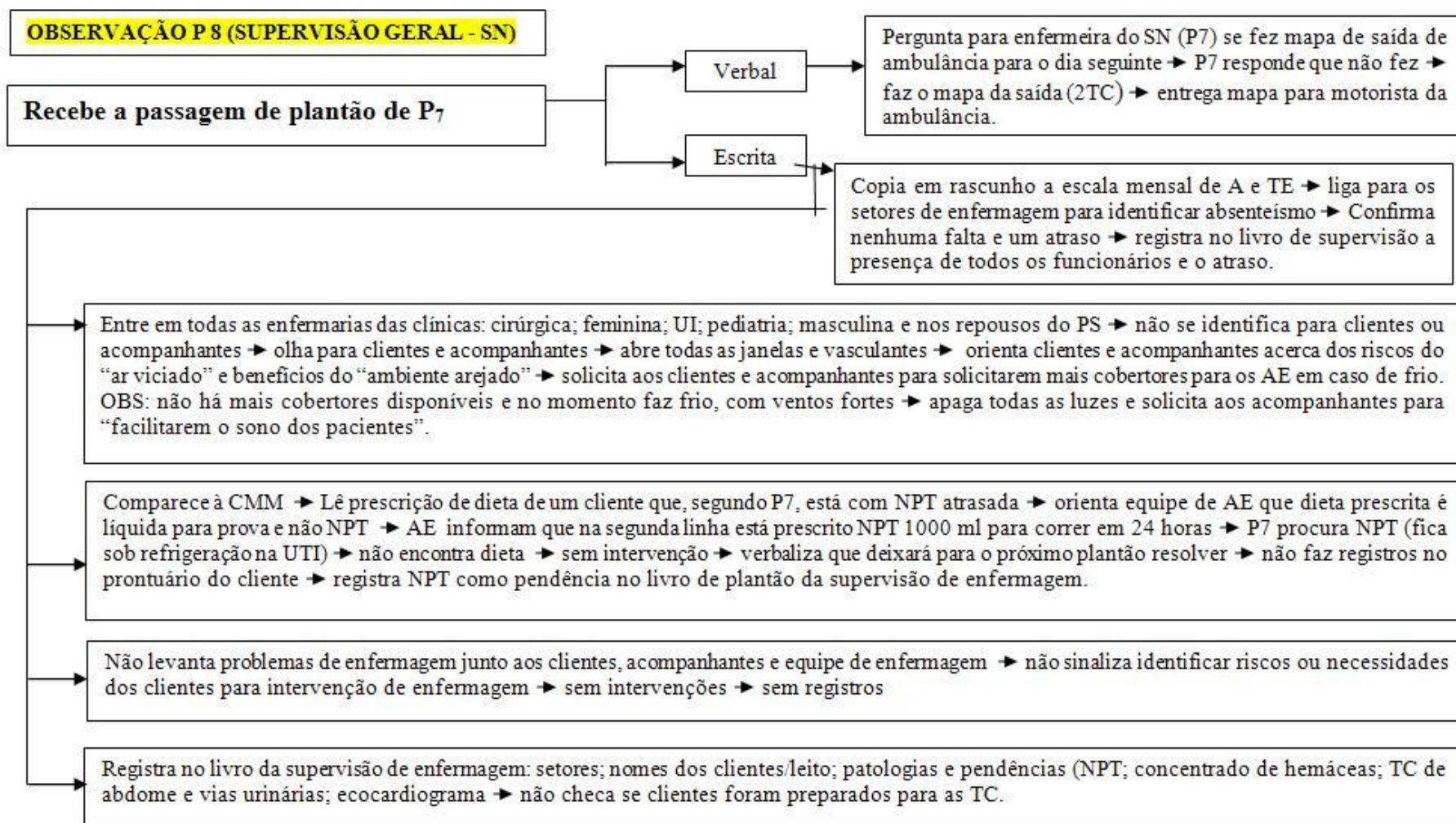
Comparece à CMM → Lê prontuários e livro de AE para levantar problemas de enfermagem → pergunta para AE como estão os pacientes → Pergunta para cliente e acompanhantes como estão, que respondem estar tudo bem → um cliente em supina continuamente, com higiene precária, sudoreiro, caquético, pouco gemente → mensura e despreza diurese desse cliente que apresentou hipoglicemia às 10h → identifica que hipoglicemia não está registrada no prontuário → deixa espaço na papeleta e solicita para AE anotar hipoglicemia e conduta → registra no prontuário débito urinário → Verbaliza preocupação com cliente com DIP sem isolamento e sem esquema RIP e demais 4 clientes que compartilham a mesma enfermaria → não intervém → não registra acerca da situação → procura NPT de outro cliente → não encontra NPT ou solicitação da mesma → não solicita NPT → registra no livro de supervisão a NPT como pendência → não identifica equipo de soro pendurado no suporte, com ponta desencapada e contaminada (cliente HIV+. Equipo utilizado para antibioticoterapia) → copia em um rascunho: enfermaria; cliente por leito; patologia.

Comparece à CMF → Lê prontuários e livro de AE para levantar problemas de enfermagem → pergunta para AE como estão os pacientes → vai à beira dos leitos e olha o que AE sinalizou → cliente 1: MMII elevados → olha edema presente nos MMII → sem intervenção → cliente 2: dispnéica e com preferência para ficar sentada desde a admissão (ontem) → olha cliente → sem intervenção → cliente 3: olha diurese no coletor fechado → não identifica alterações no débito urinário (oligúria). OBS: cliente com edema e flebite no MSD com cateter venoso periférico fluindo SF 0,9% 500ml + KCl e NaCl → sem intervenção → soro continua correndo → cumprimenta as outras 3 clientes internadas na CMF → recolhe kit de NBZ, de uma cliente que teve alta ontem → copia em um rascunho: enfermaria; cliente por leito; patologia.

Comparece à clínica cirúrgica → Lê prontuários e livro de AE para levantar problemas de enfermagem → pergunta para AE como estão os pacientes → pergunta AE se cliente aceitou dieta líquida de prova → não vai à beira dos leitos → não observa ou conversa com clientes para levantar problemas de enfermagem → sem intervenção → copia em um rascunho: enfermaria; cliente por leito; patologia; drenos e sondas.

Continuação do Tesouro: P 7





OBSERVAÇÃO P 9 (SUPERVISÃO DO SETOR - SD)**Recebe a passagem de plantão**

Verbal

Escrita

Comparece à clínica cirúrgica → confere escala mensal de A e TE → confere escala diária de cuidados de enfermagem (integral) → imprime mapa de clientes internados por enfermaria e leito (nome do paciente, dia de internação e especialidade cirúrgica) → lê mapa de clientes internados → lê quadro de aviso: pendências e agendamento de exames e mapa cirúrgico do dia → lê mapa de precaução de contato (cliente; microorganismo encontrado; sítio de contaminação/infecção)

Vai à beira de 24 leitos. OBS: 6 leitos emprestados para a gineco-obstetrícia e 6 leitos ocupados na clínica médica por clientes da cirurgia, sob a responsabilidade da enfermeira da clínica médica. 6 leitos da clínica cirúrgica estão ocupados por clientes assistidos pela clínica médica e não cirúrgica. Uma enfermaria com 3 clientes em banhos e curativos. P9 não entra (verbaliza que é para proporcionar privacidade para os clientes) → Entra em uma enfermaria → visita leito a leito → Se apresenta aos clientes e explica que sua finalidade é levantar as necessidades dos clientes para poder intervir → Olha fâcies de dor; mobilidade física; tolerância à atividade; déficit do autocuidado (especificando-o); higiene; curativos; drenos; cateteres; sondas; infusões venosas (soro, antibiótico) → pergunta individualmente à cada cliente se há queixas; padrão do sono; se aceitou desjejum e aos que estão em pré-operatório imediato, pergunta sobre jejum; conhecimento sobre prognóstico e conduta médica; se está precisando de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se, alimentar-se, mobilizar-se no leito; dor em sítio cirúrgico e local de inserção de cateteres; eliminações vesicoentéricas e vômitos → escreve no mapa de clientes internados a necessidade do cliente, criando um espaço ao lado do nome do cliente (não há espaço reservado para essa anotação) → sai da enfermaria → passa para A ou TE escalado por cliente para cuidados de enfermagem a serem realizados, explicando motivo → se for necessidade de medicamento (dor, insônia); parecer; alta ou cliente querendo saber sobre agendamento cirúrgico passa para o médico assistente/prescritor. Realiza mesmo procedimento em demais enfermarias.

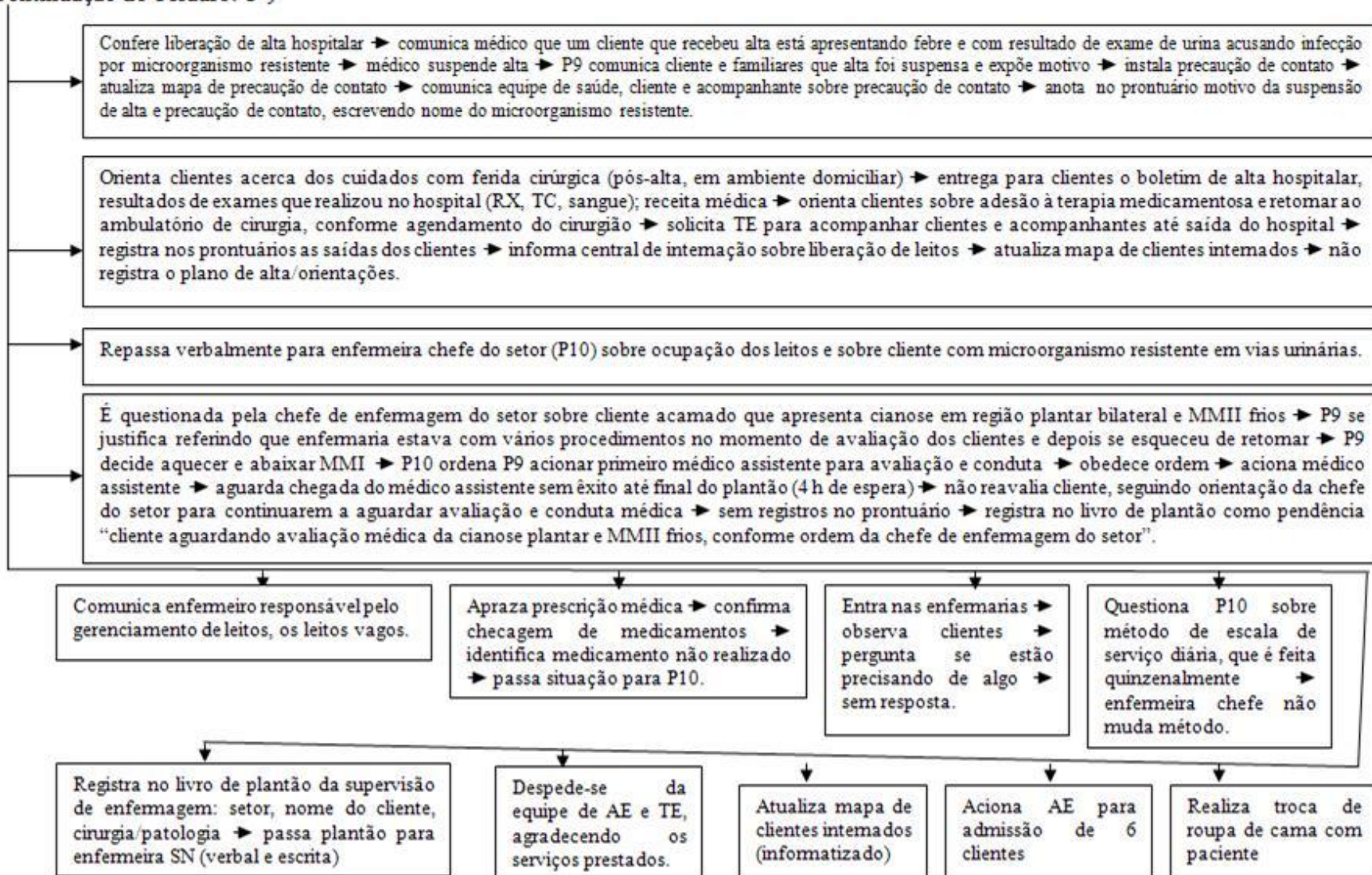
Cliente 1: identifica dor em braço direito (politraumatizado) → procura se há RX do braço → não há → solicita para médico fazer o pedido de RX → solicita à AE para auxiliar cliente em higiene e alimentação → pede RX no leito → solicita serviço social para liberar a acompanhante → não faz registros → reavalia parcialmente

Cliente 4: identifica higiene precária e lábios ressequidos, cliente queixa insônia há 3 dias → solicita à AE para realizar banho no leito e umidificar lábios → informa insônia ao médico e solicita prescrição de medicamento para sanar problema → não faz registros → reavalia parcialmente

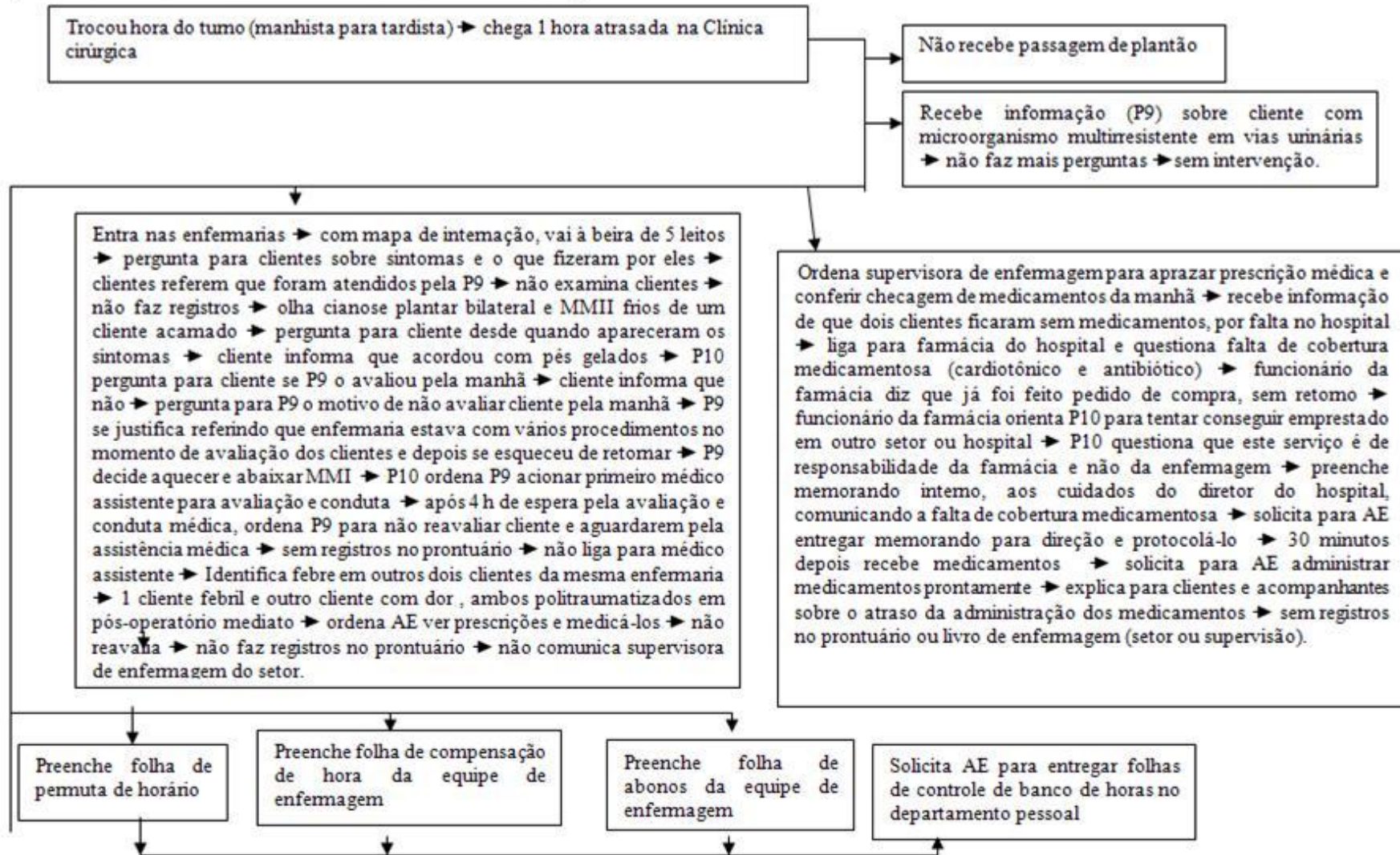
Cliente 8: acompanha curativo em enxerto de pele → orienta acadêmica de enfermagem sobre produtos utilizados → acalma cliente que está nervosa devido ao curativo → não faz registros → reavalia parcialmente

Cliente 10: identifica ansiedade quanto à espera de cirurgia → solicita médico data e hora da cirurgia → orienta TE para preparar cliente para cirurgia → comunica cliente que cirurgia foi agendada para final dessa tarde → orienta jejum → comunica SND sobre jejum → não faz registros → reavalia parcialmente

Continuação do Tesouro: P 9



OBSERVAÇÃO P₁₀ (CHEFE DO SETOR - MANHISTA)



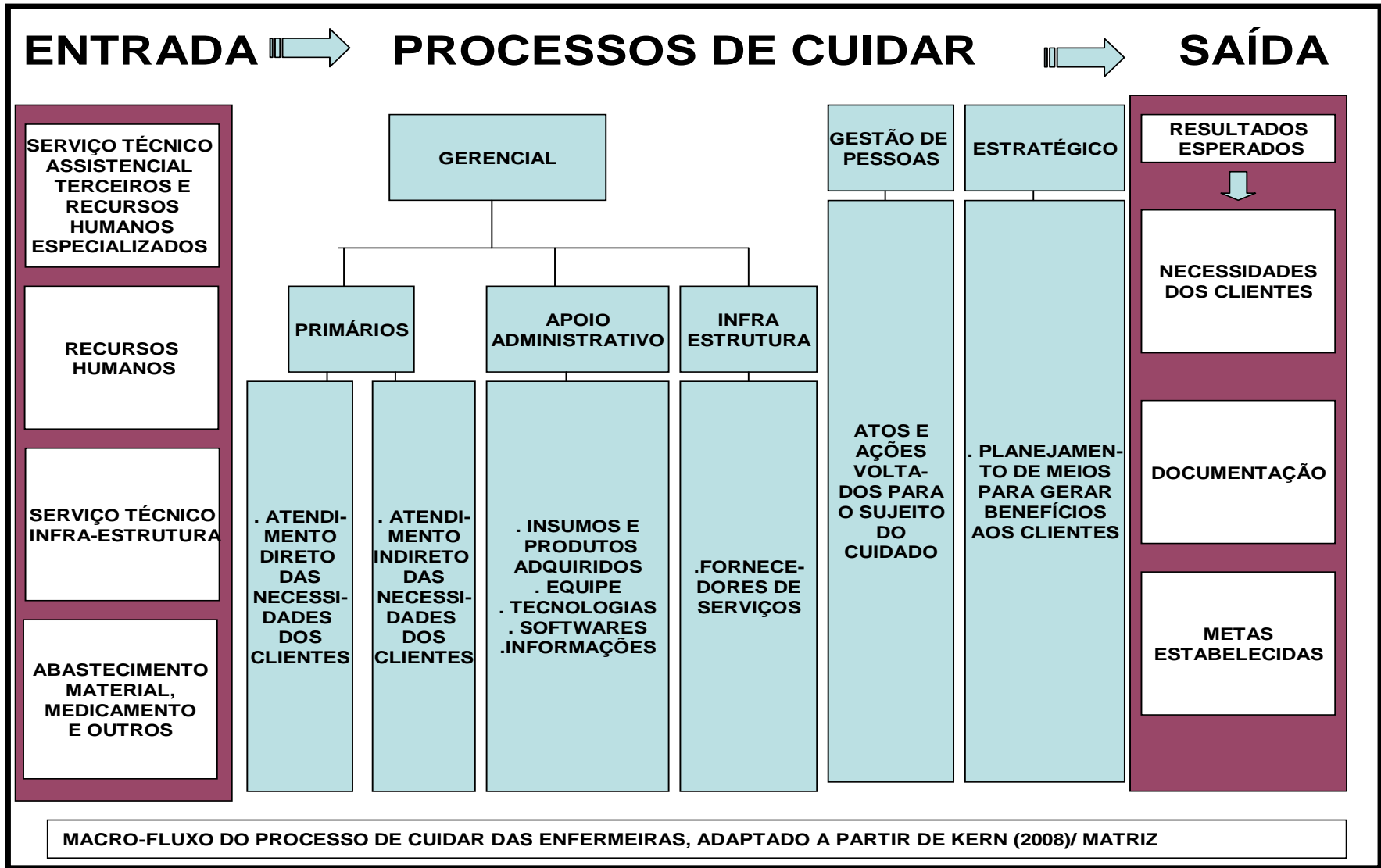
Continuação do Tesauro: P₁₀

Faz escala diária de A e TE, SD e N, para os próximos 10 dias → é questionada pela supervisão de enfermagem do setor (P9) sobre método de realização da escala diária ser feita por leito e não por demanda de cuidados → responde que não mudará método → não explica motivo → finaliza escala.

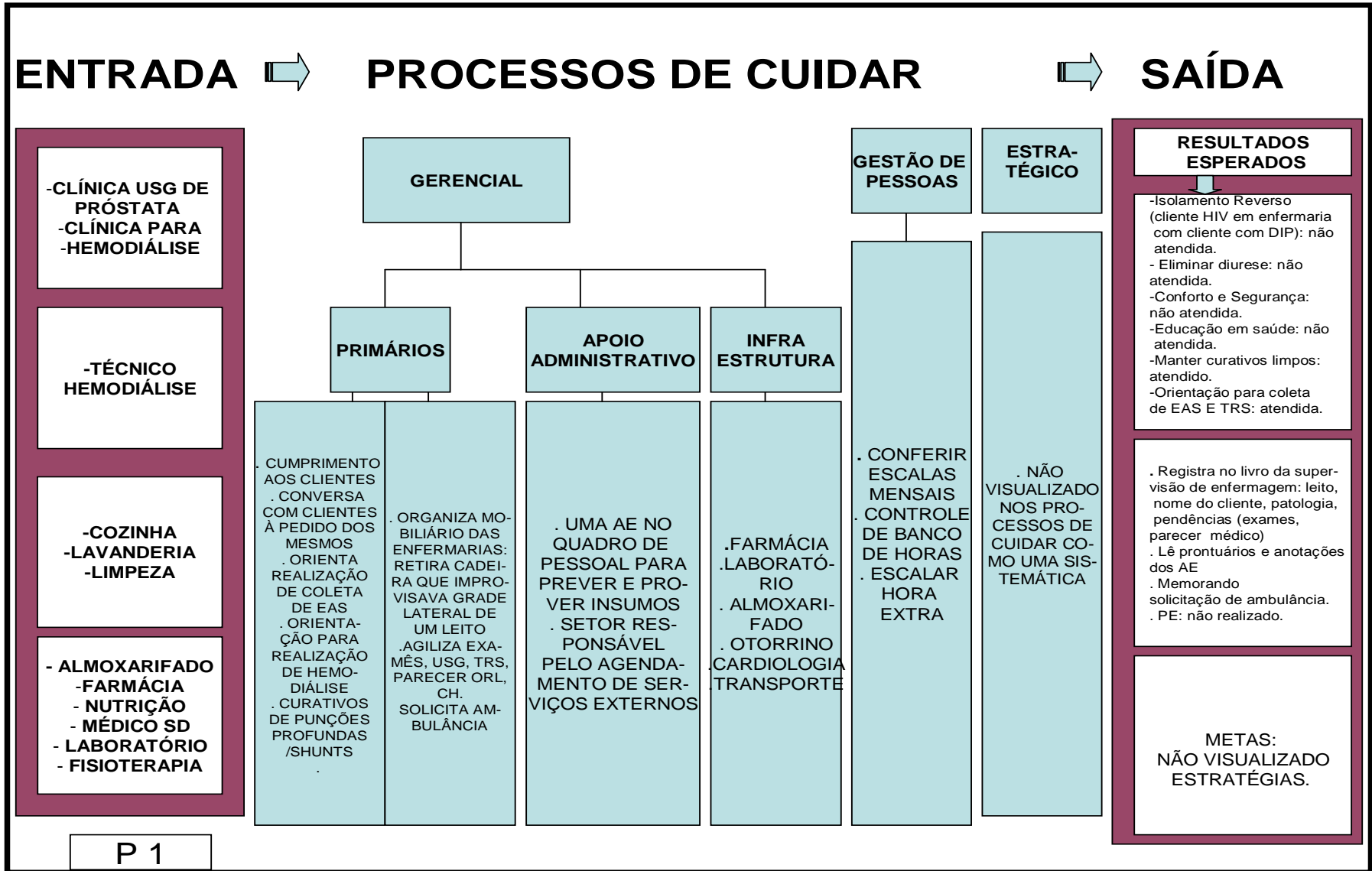
Apaga quadro branco de aviso de pendências e localização de clientes não cirúrgicos, identifica do enfermaria, número do leito e especialidade médica (1 para cardiologista, 1 para pneumologista, 1 para dermatologista e alergologista, 1 para nefrologista, 2 para clínico geral) → liga para chefe de enfermagem da clínica médica → pergunta se há possibilidade de remanejar os 6 clientes de clínica médica para leitos de seu setor e transferir os 6 clientes cirúrgicos que estão na clínica médica para a clínica cirúrgica → enfermeira da clínica médica explica que estará sem tempo e com pouco pessoal para realizar a permuta de clientes → sem registros

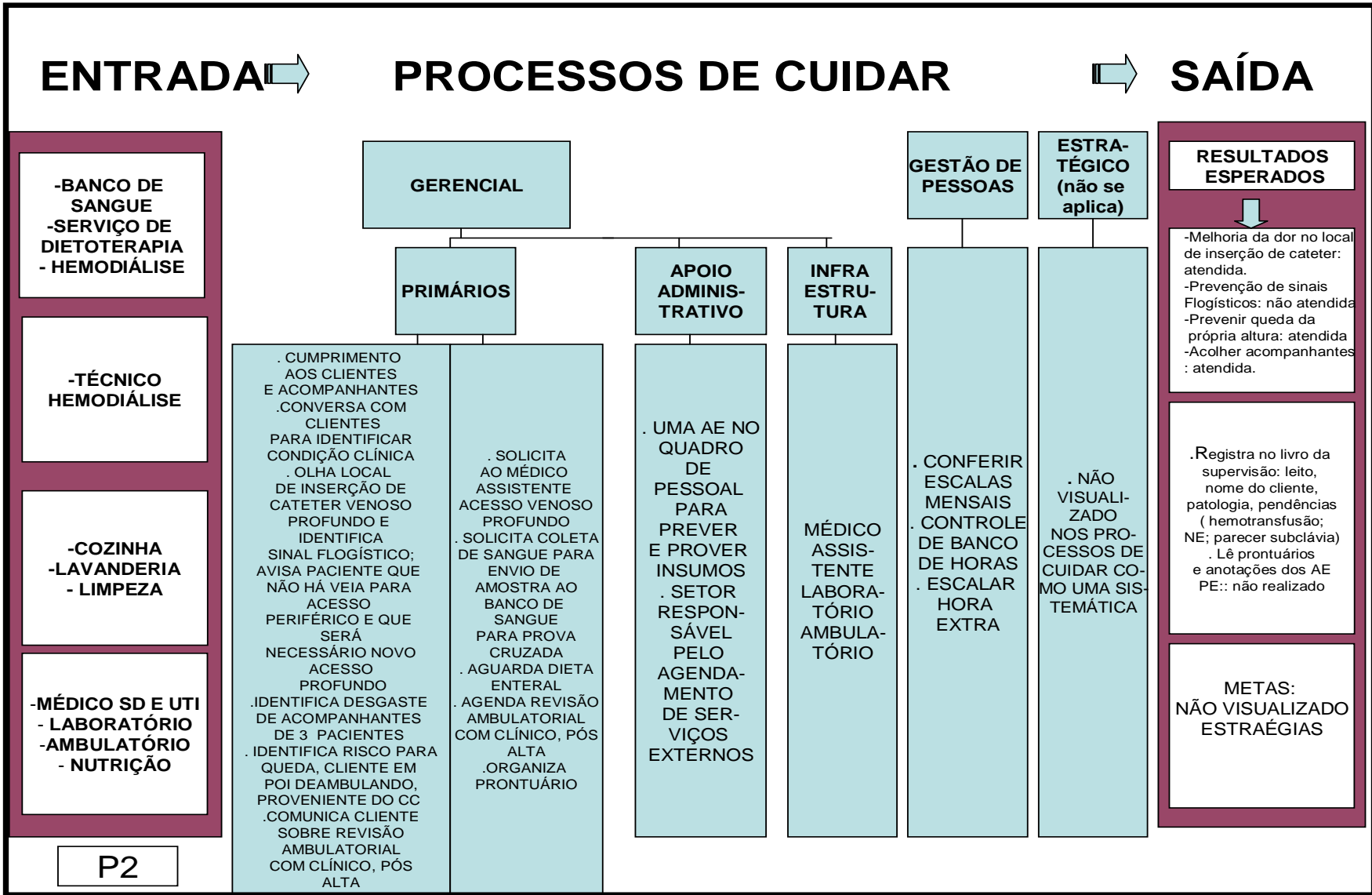
Não participa da passagem de plantão.

Apêndice V
Adaptação do Macro –Fluxo Kern (2009, p 295), para a Sistemática do Processo de Cuidar de
Enfermeiras.



Apêndice VI
Resultados do Macro –Fluxo acerca da Sistemática do Processo de Cuidar de Enfermeiras.

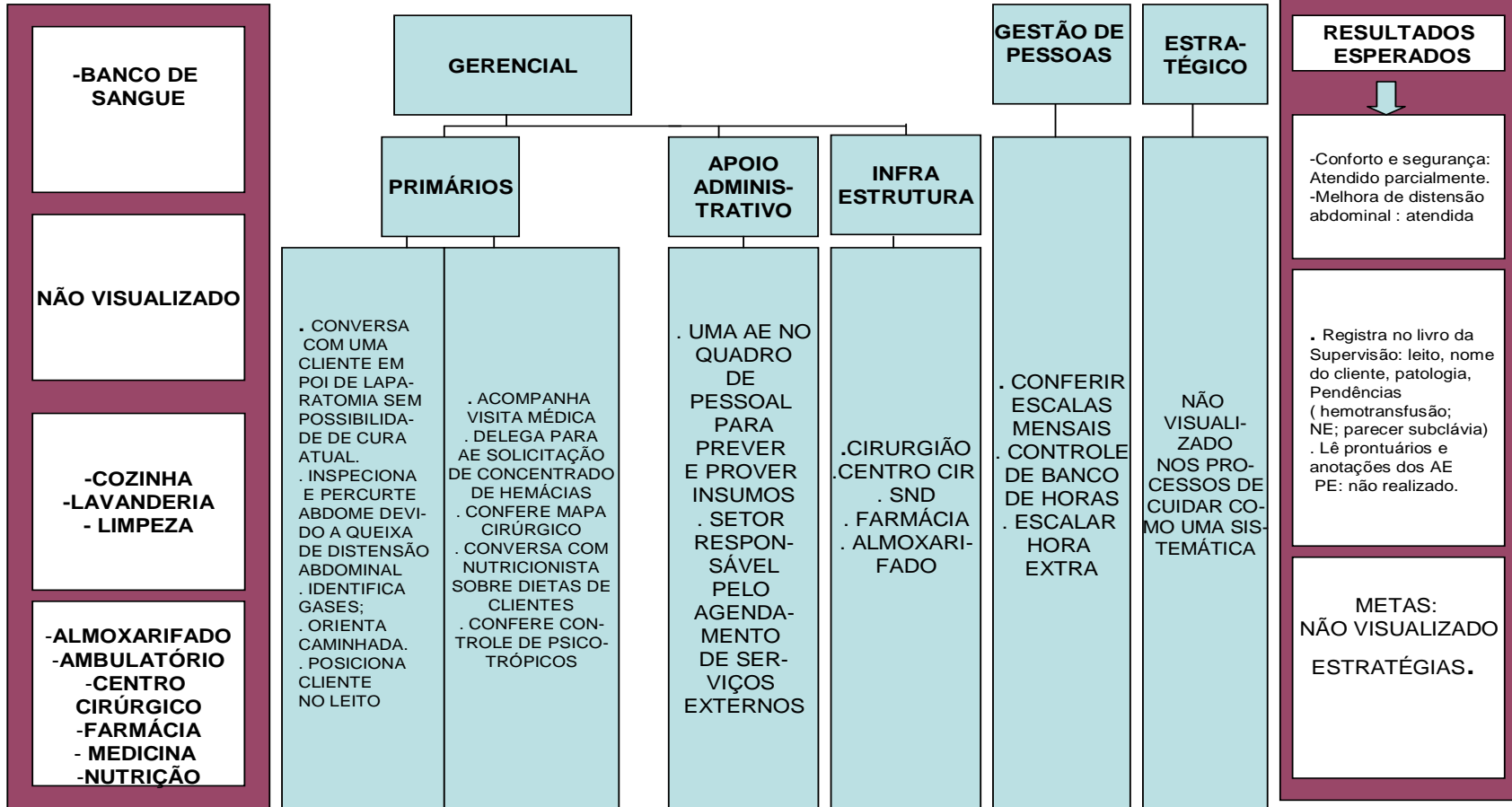




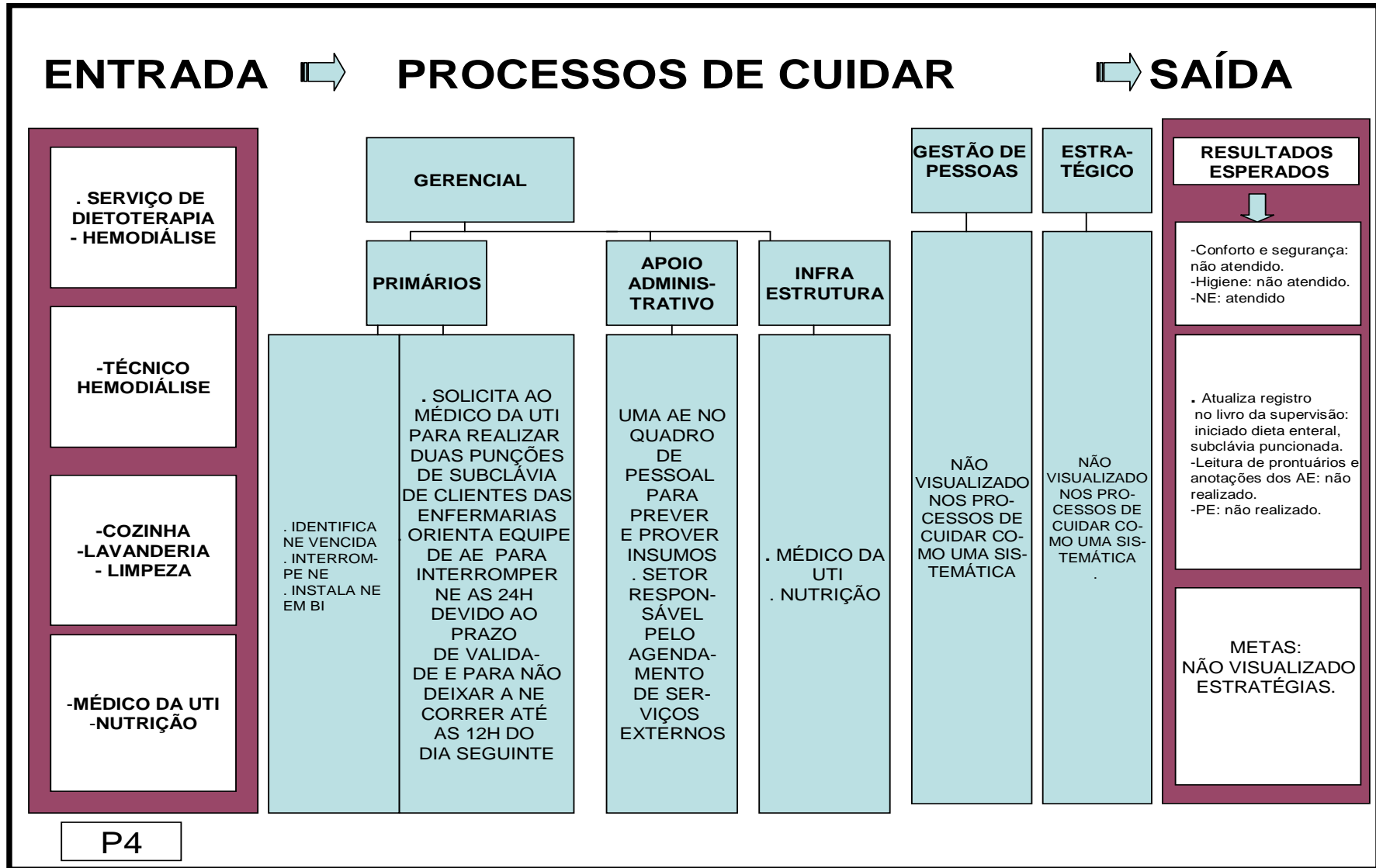
ENTRADA ➡

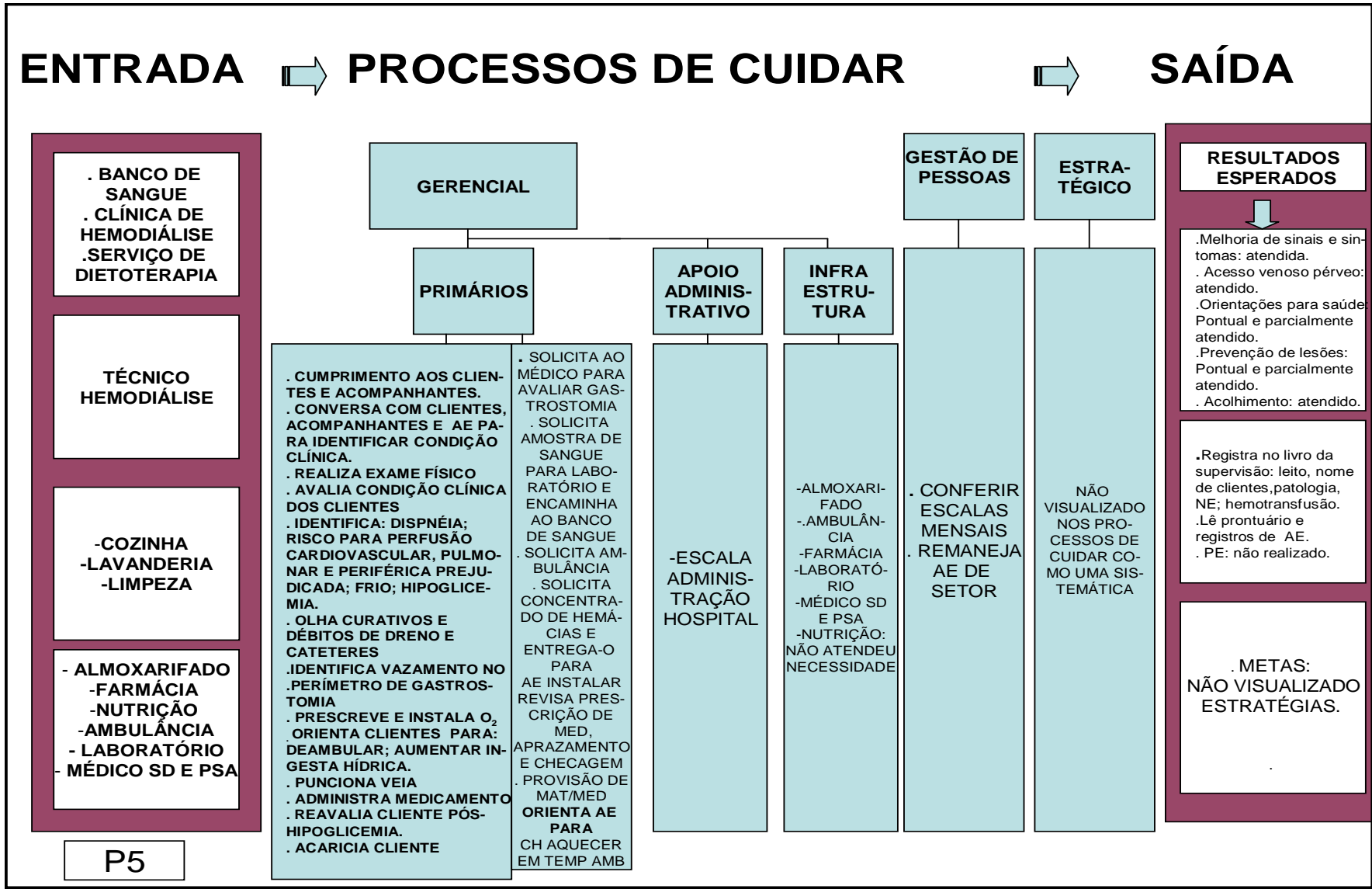
PROCESSOS DE CUIDAR

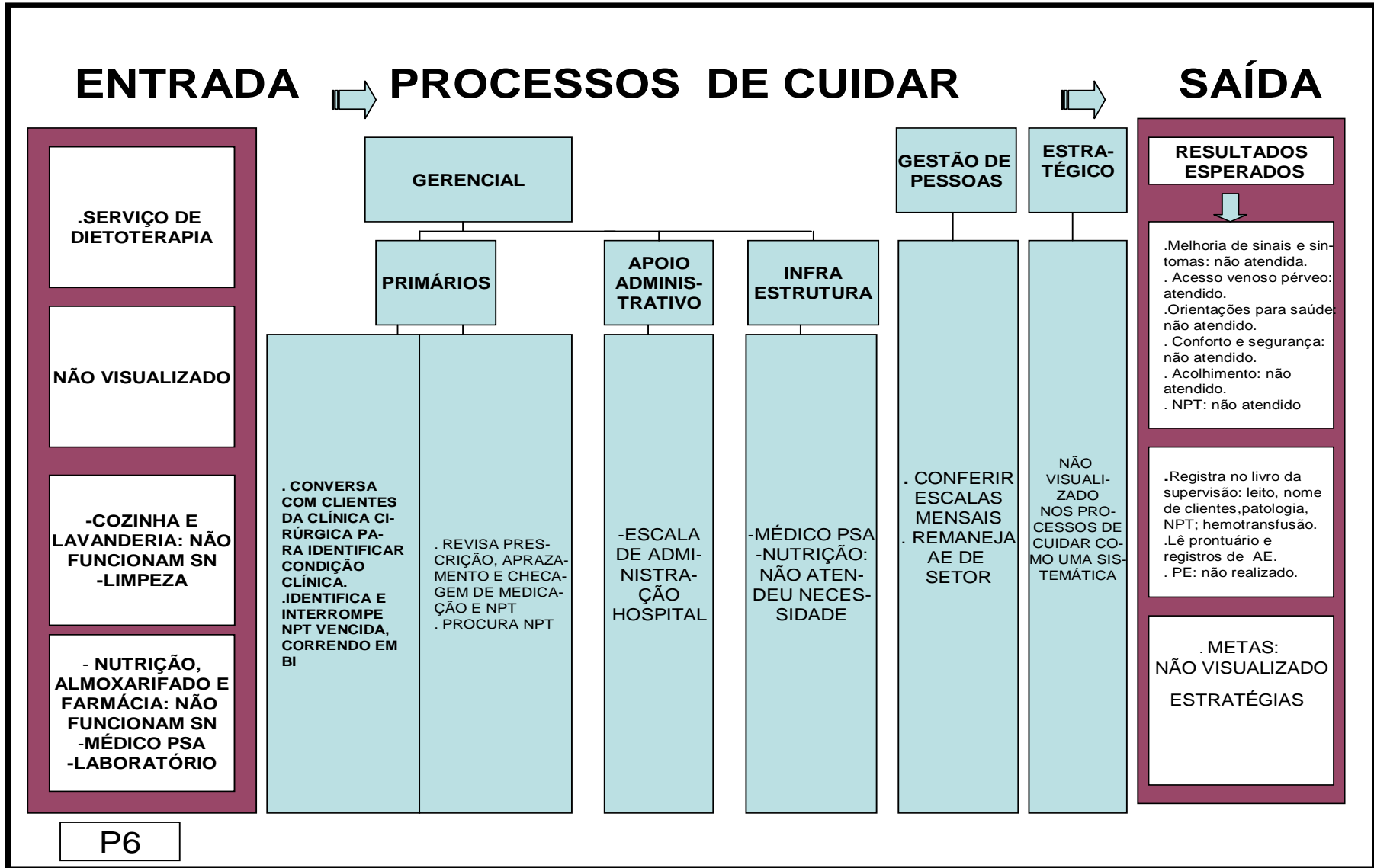
➡ **SAÍDA**



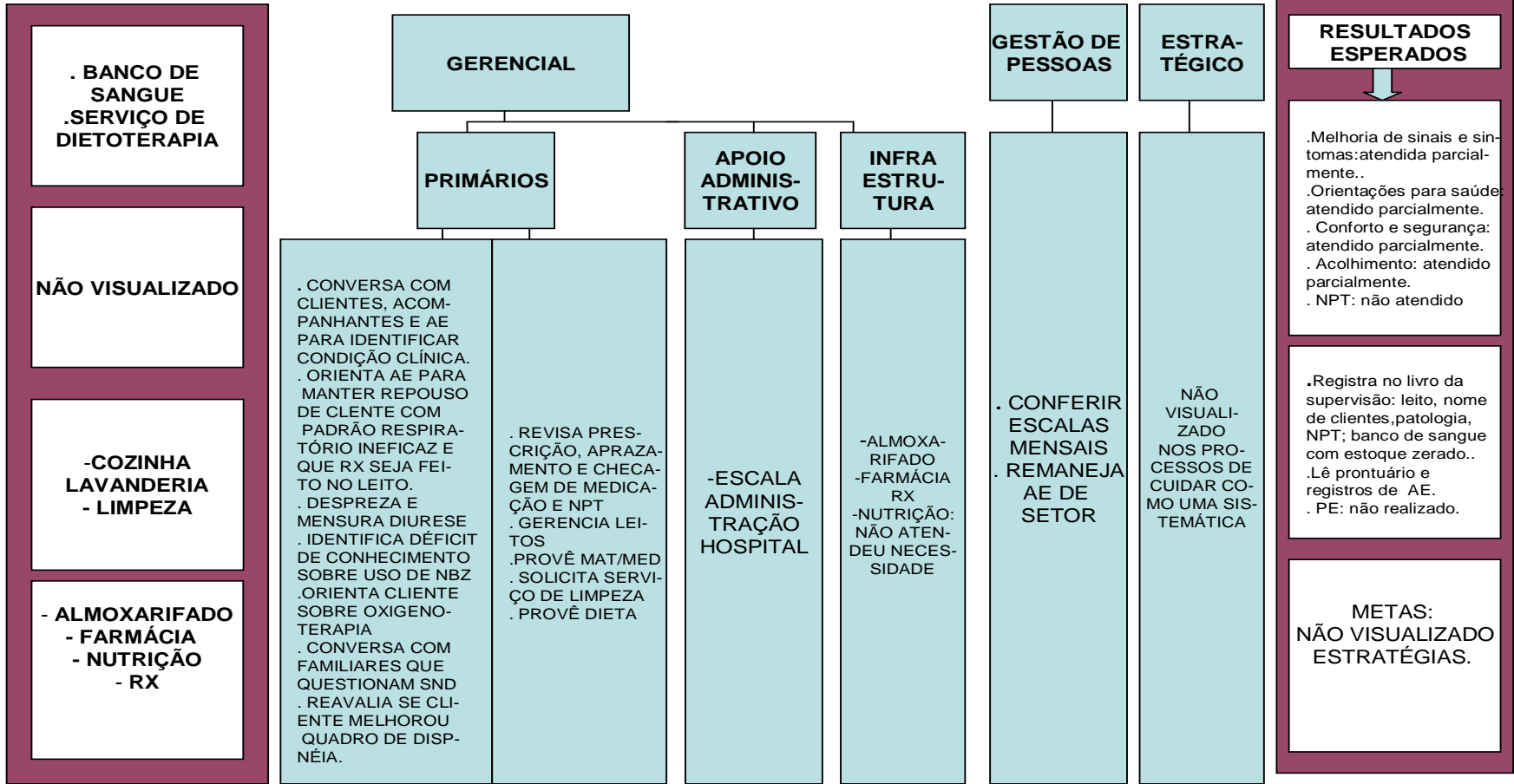
P3





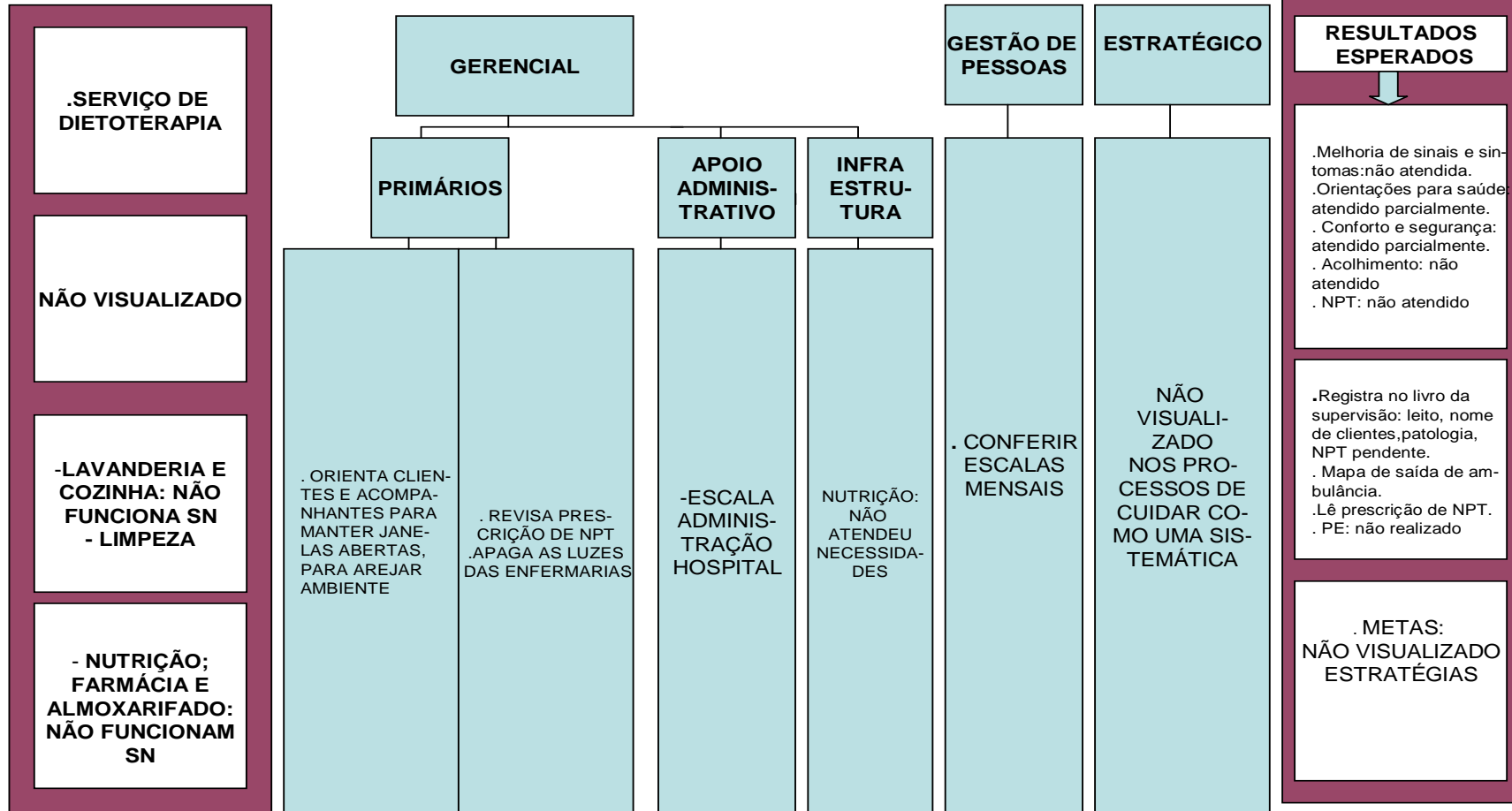


ENTRADA ➡ **PROCESSOS DE CUIDAR** ➡ **SAÍDA**

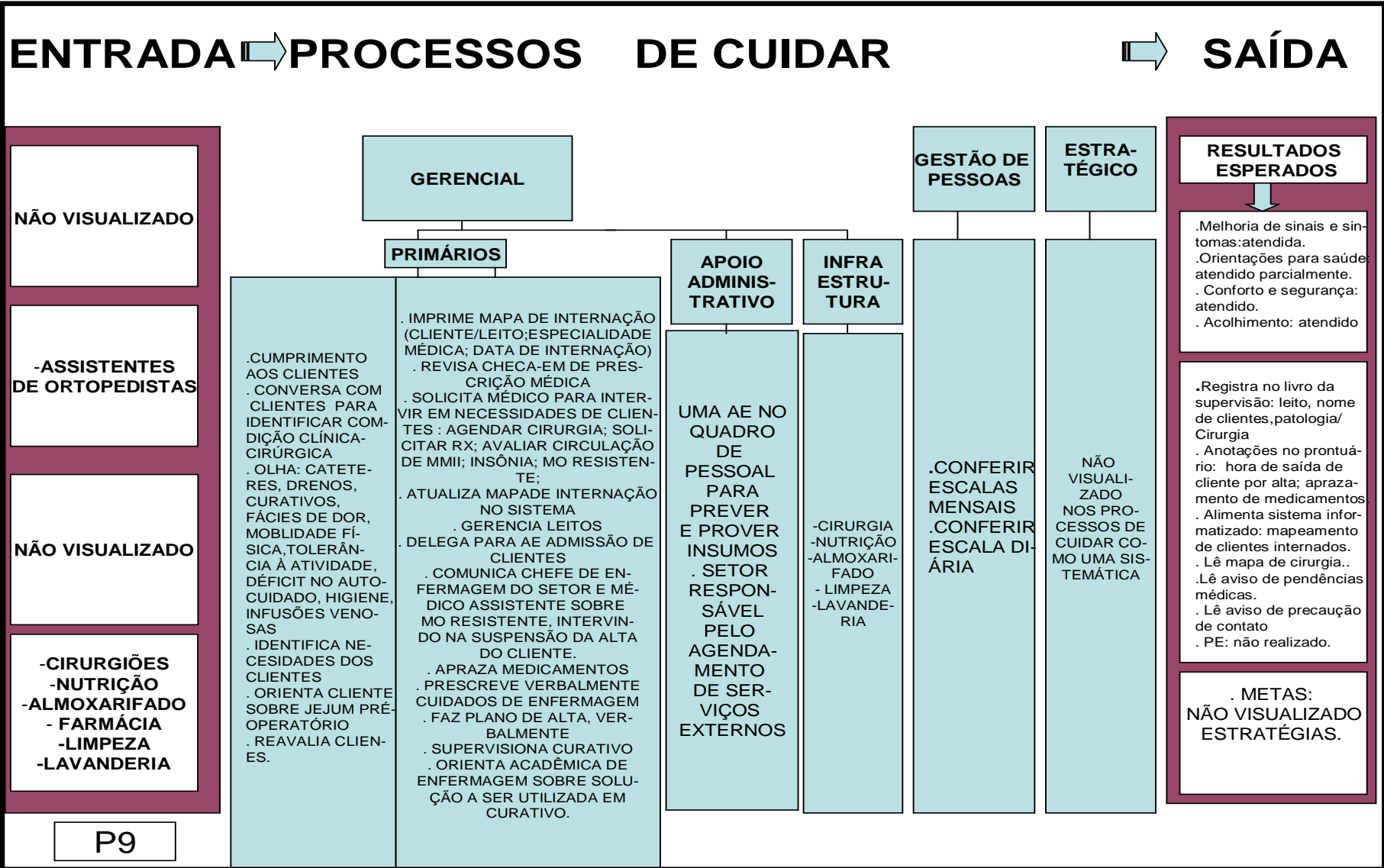


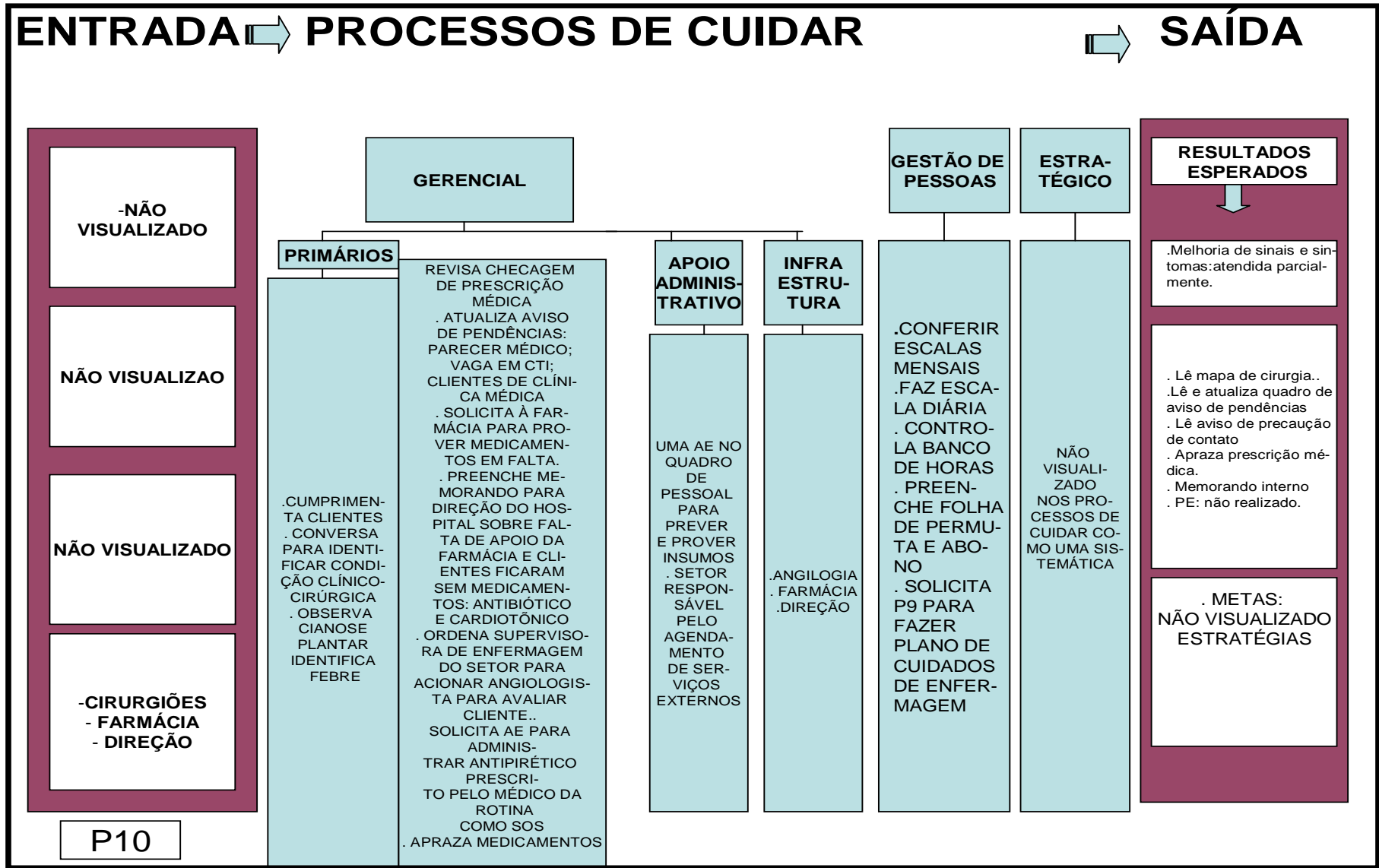
S7

ENTRADA ➡ **PROCESSOS DE CUIDAR** ➡ **SAÍDA**

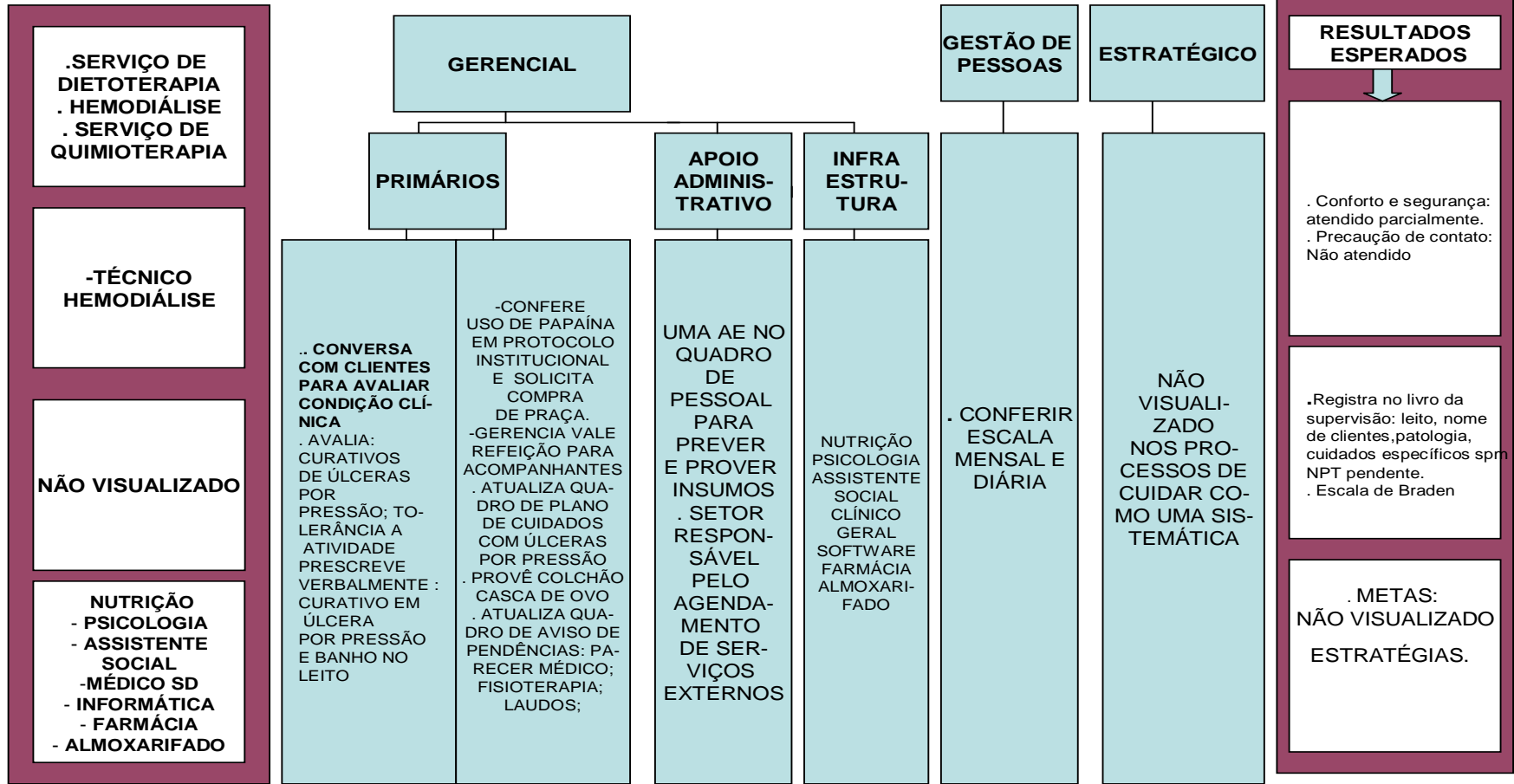


P8





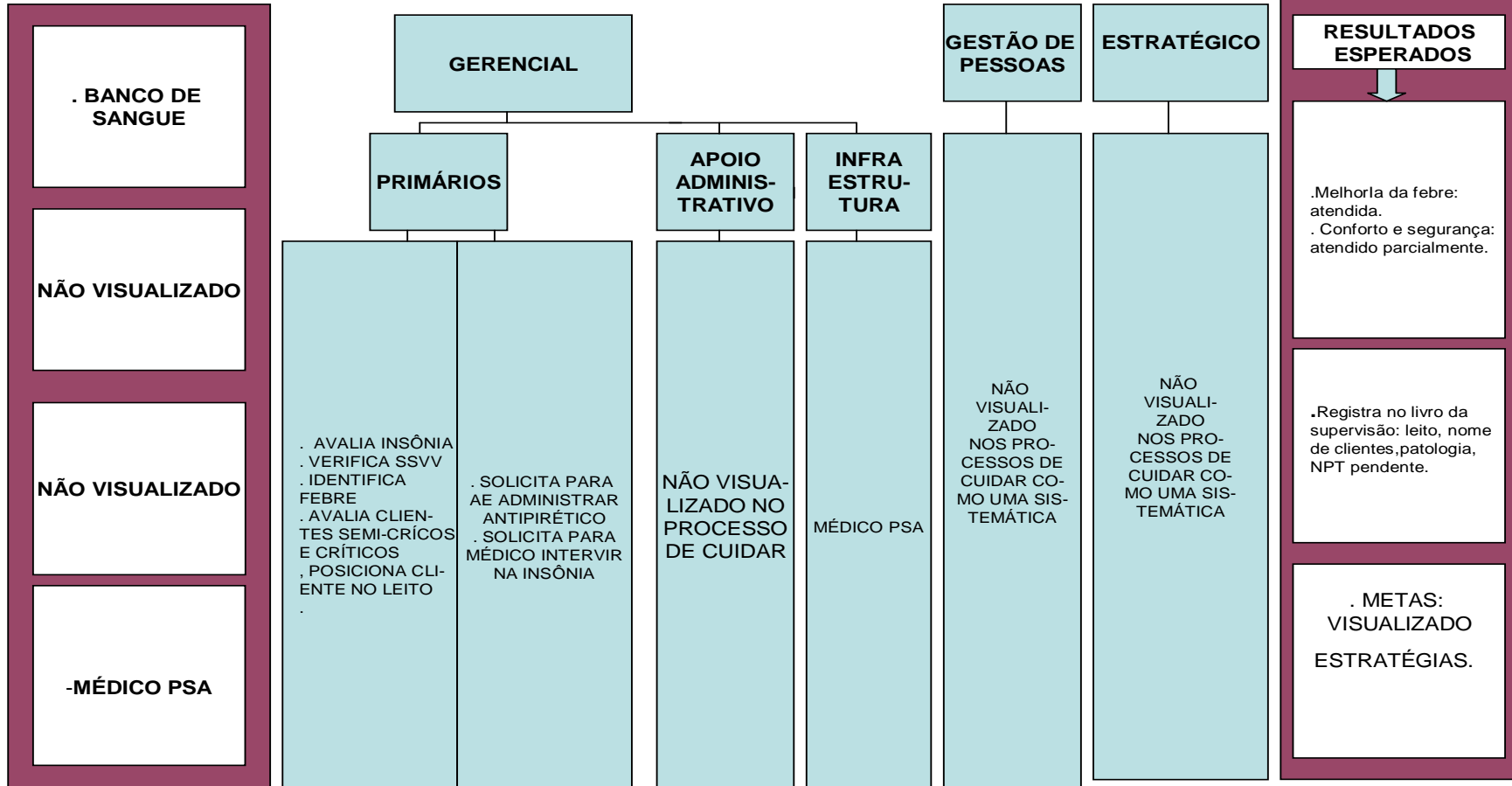
ENTRADA → **PROCESSOS DE CUIDAR** → **SAÍDA**



P11

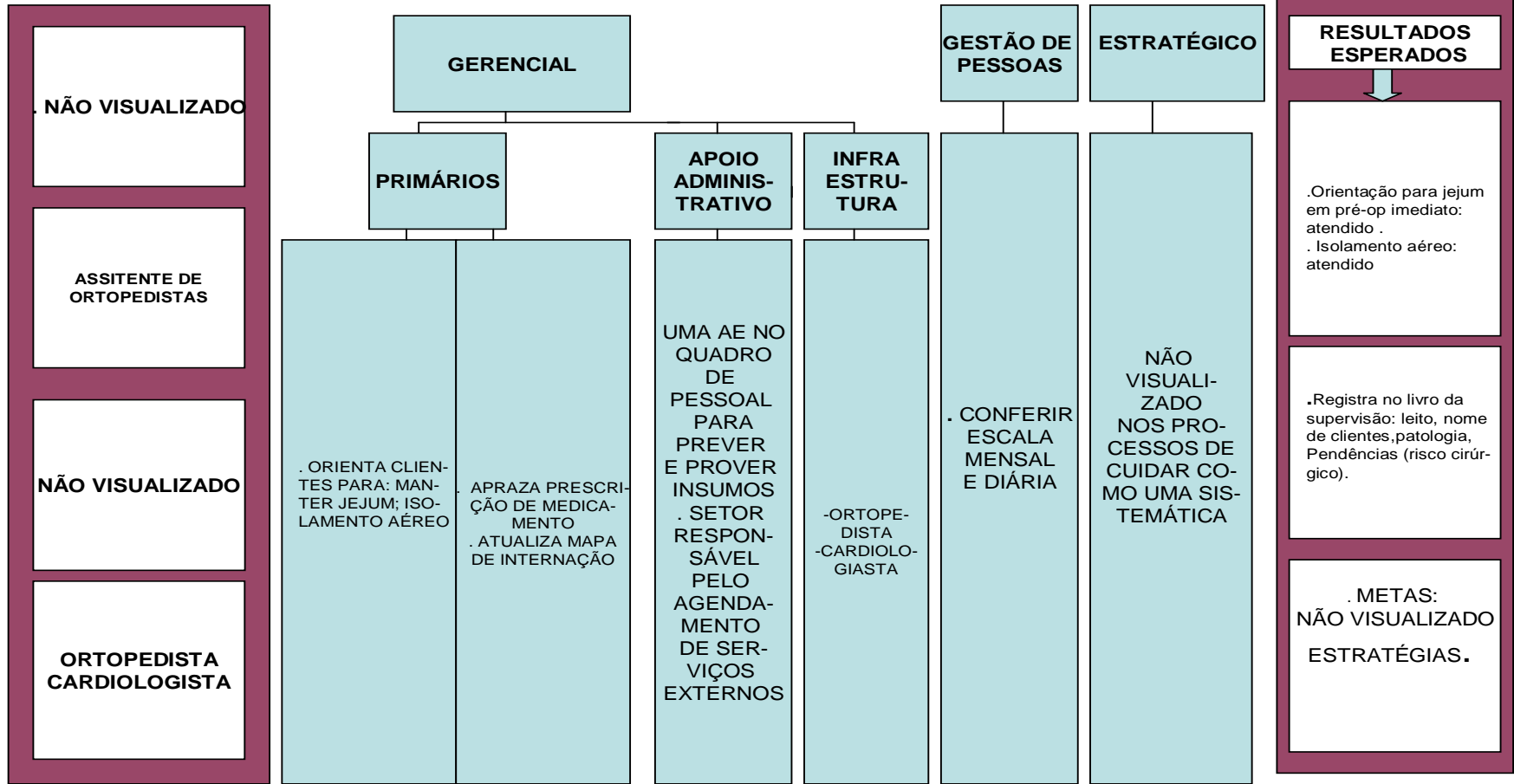
ENTRADA → **PROCESSOS DE CUIDAR**

→ **SAÍDA**



P12

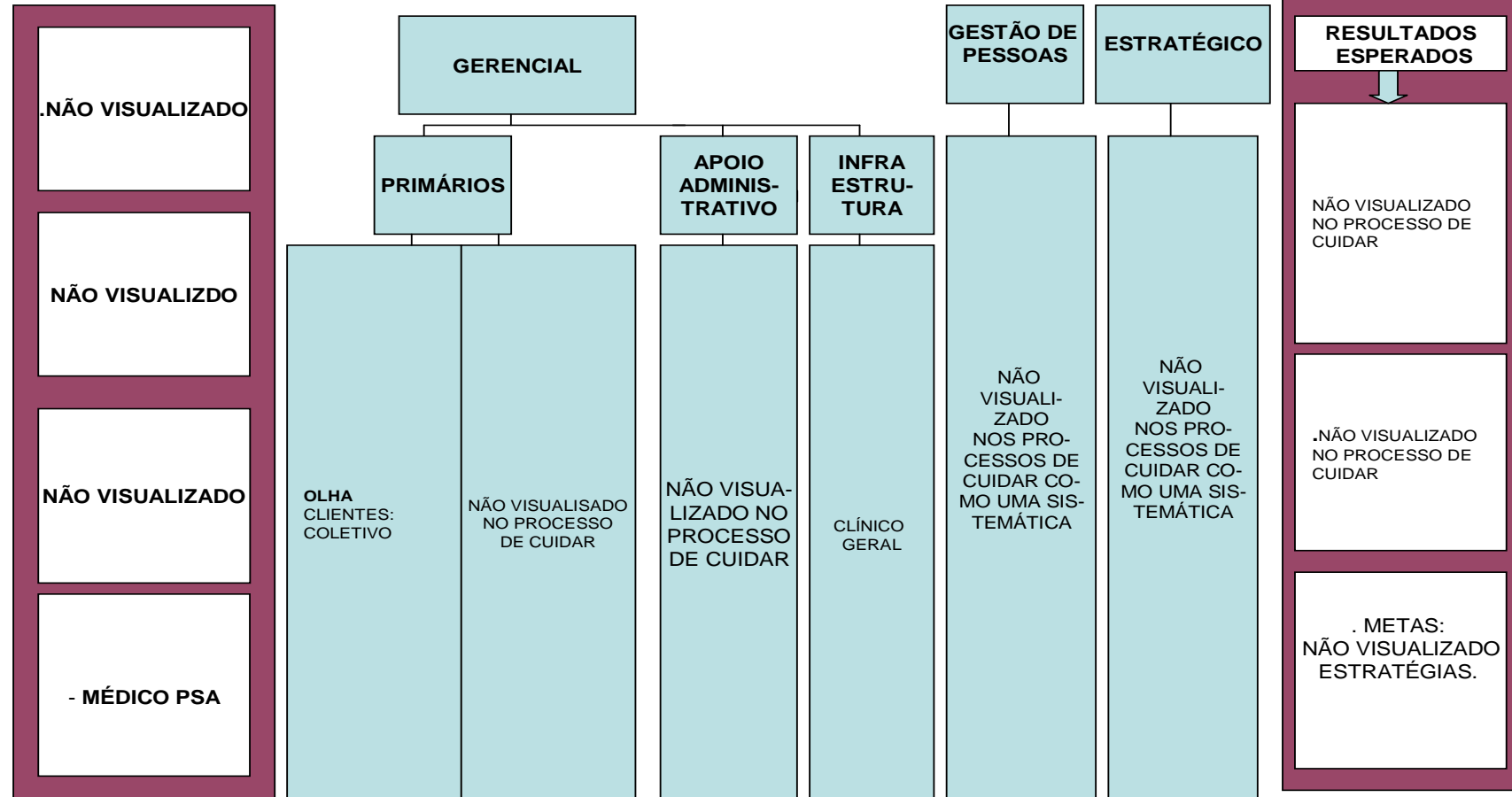
ENTRADA → PROCESSOS DE CUIDAR → SAÍDA



P13

ENTRADA → PROCESSOS DE CUIDAR

→ SAÍDA

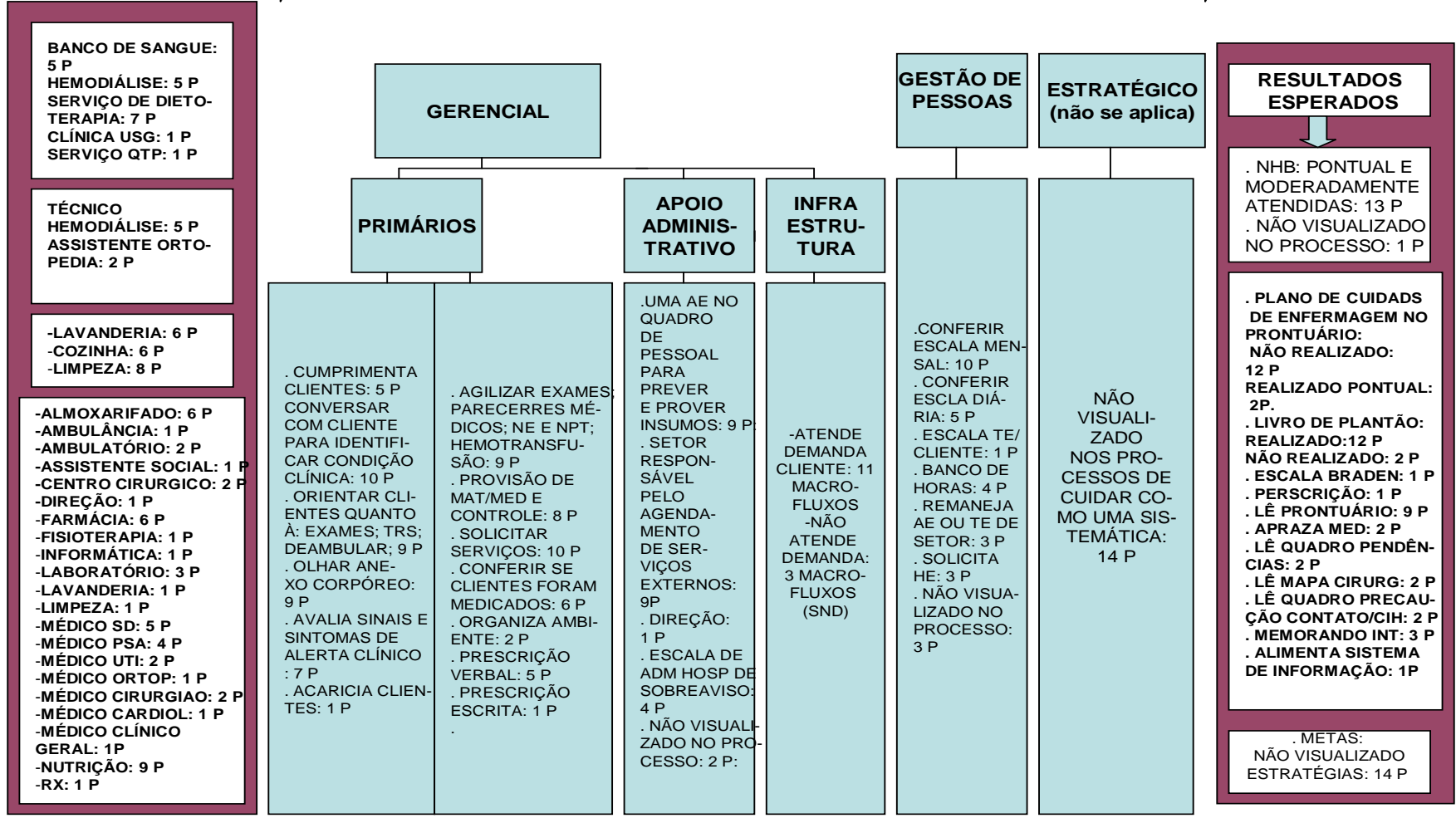


P14

Apêndice VII
Macro-fluxo Geral

ENTRADA → **PROCESSOS DE CUIDAR**

→ **SAÍDA**



MACRO-FLUXO GERAL

OBSERVAÇÃO DA SISTEMÁTICA DO PROCESSO DE CUIDADO INDIRETO DE ENFERMEIRAS: CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICA																	
Gerência do cuidado	Atividade desenvolvida	Tempo Utilizado Pelas Enfermeiras Participantes/Observadas (Horas:Minutos:Segundos)														Total Sistema	
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14		
Cuidado Indireto	Gestão de Pessoas	Conferir escala mensal ou diária de Aux e Téc de Enfermagem	00:13:00		00:10:00		00:20:00			00:02:00	00:03:00		00:20:00		00:10:00	1:18:00	
		Remanejar A ou TE de setor					00:10:00	00:10:00								0:20:00	
		Fazer escala de A e TE setor										00:30:00	00:20:00			0:50:00	
		Controle banco de horas		00:15:00								01:00:00	00:20:00			1:35:00	
		Orienta equipe: solicitado				00:10:00	00:20:00	00:05:00			00:30:00			00:10:00		1:15:00	
		Orienta equipe: educação em serviço		00:20:00		00:10:00	00:20:00	00:05:00			00:30:00					1:25:00	
		Subtotal	00:13:00	00:35:00	00:10:00	00:20:00	01:10:00	00:20:00	00:00:00	00:02:00	01:03:00	01:30:00	01:00:00	00:10:00	00:10:00	00:00:00	06:43:00
	Comunicação	Receber/passar plantão	01:22:00	01:10:00	00:50:00	01:30:00	01:17:00	00:10:00	01:43:00	00:08:00	00:27:00	01:00:00	01:00:00	00:15:00	00:20:00	00:10:00	11:22:00
		Ler livros adm. TE e prontuários	01:01:00	01:22:00	00:10:00		00:40:00	01:00:00	00:19:00		00:30:00				00:20:00	5:22:00	
		Comunicar médico	00:15:00	00:05:00		00:10:00			00:01:00		00:30:00				00:10:00	1:11:00	
		Registrar admissão livro sup.	00:17:00													0:17:00	
		Pergunta para TE como o cliente está						00:02:00	00:08:30							0:10:30	
		Atualiza sistema de informação sobre clientes internados									00:30:00				00:30:00	1:00:00	
		Apazamento de medicamentos					00:05:00				02:00:00	00:32:00		00:02:00		2:39:00	
		Prescreve cuidado verbalmente					01:00:00		00:02:00		00:30:00		00:30:00	00:05:00		2:07:00	
		Prescreve cuidado por escrito					00:10:00					00:30:00				0:40:00	
		Ordena TE realizar registros							00:02:00							0:02:00	
		Ordena En [®] realizar plano de cuidados										00:10:00				0:10:00	
		Memorando interno										00:10:00				0:10:00	
		Copia dados cliente em rascunho							00:06:30		00:05:00					0:11:30	
		Realiza estatísticas/senso											00:30:00			0:30:00	
		Ordena precaução de contato										00:10:00	00:10:00	00:10:00		0:30:00	
		Lê mapa de cirurgias			00:10:00											0:10:00	
		Lê resultados de exames							00:20:00							0:20:00	
		Faz registro no prontuário							00:01:00		00:40:00					0:41:00	
		Subtotal	02:55:00	02:37:00	01:10:00	01:40:00	03:12:00	01:12:00	02:43:00	00:08:00	05:12:00	02:02:00	02:40:00	00:32:00	01:20:00	00:10:00	27:33:00

Continuação

OBSERVAÇÃO DA SISTEMÁTICA DO PROCESSO DE CUIDADO INDIRETO DE ENFERMEIRAS: CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICA																		
Gerência do cuidado	Atividade desenvolvida	Tempo Utilizado Pelas Enfermeiras Participantes/Observadas (Horas:Minutos:Segundos)														Total Sistema		
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14			
Cuidado Indireto	Assunção de atos de outras disciplinas	Acompanhar visita médica			00:30:00												0:30:00	
		Organizar prontuário		00:02:00													0:02:00	
		Solicitar laboratório							00:05:00								0:05:00	
		Solicitar NPT - SND			00:10:00		00:05:00		00:02:00						00:10:00		0:27:00	
		Administra serviço de limpeza							00:01:00								0:01:00	
		Solicitar hemocomponente		00:10:00	00:20:00		00:14:00							00:05:00			0:49:00	
		Entregar hemocomponente para A ou TE infundí-lo					00:02:00										0:02:00	
		Agendar exame externo/parecer	01:57:00	00:20:00							00:01:00		00:10:00	00:30:00		00:20:00		3:18:00
		Subtotal	01:57:00	00:32:00	01:00:00	00:00:00	00:21:00	00:00:00	00:08:00	00:01:00	00:00:00	00:10:00	00:30:00	00:05:00	00:30:00	00:00:00	05:14:00	
	Ambiente	Organizar mobiliário	00:30:00	00:05:00		00:10:00								00:02:00			0:47:00	
		Promove circulação de ar								00:30:00							0:30:00	
		Minimiza ruídos no ambiente								00:15:00							0:15:00	
		Apaga luzes das enfermarias								00:04:00							0:04:00	
		Recolhe Kit NBZ pós-alta							00:01:00								0:01:00	
		Remaneja cliente de unidade							00:05:00								0:05:00	
		Subtotal	00:30:00	00:05:00	00:00:00	00:10:00	00:00:00	00:00:00	00:06:00	00:49:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:02:00	00:00:00	00:00:00	01:42:00	
	Recursos materiais	Administrar recursos materiais (prov. prev. controlar, organizar)	00:04:00			00:10:00	00:20:00		00:17:00	00:07:00	00:10:00	00:30:00	00:20:00				01:58:00	
		Subtotal	00:04:00	00:00:00	00:00:00	00:10:00	00:20:00	00:00:00	00:17:00	00:07:00	00:10:00	00:30:00	00:20:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00	01:58:00	
	Total Cuidado Indireto		05:39:00	03:49:00	02:20:00	02:20:00	05:03:00	01:32:00	03:14:00	01:07:00	06:25:00	04:12:00	04:30:00	00:49:00	02:00:00	00:10:00	43:10:00	

Continuação

OBSERVAÇÃO DA SISTEMÁTICA DO PROCESSO DE CUIDADO DIRETO DE ENFERMEIRAS: CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICA																		
Gerência do cuidado	Atividade desenvolvida	Tempo Utilizado Pelas Enfermeiras Participantes/Observadas (Horas:Minutos:Segundos)														Total Sistema		
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14			
Cuidado Direto	Comunicação	Olhar cliente: coletivamente					00:10:00	00:02:00	00:04:00	00:10:00				00:20:00	00:20:00	00:20:00	1:26:00	
		Olhar cliente: individualmente		00:15:00	00:05:00		00:46:00	00:05:00	00:03:00	00:05:00	01:00:00	00:40:00	00:30:00	00:10:00	00:30:00		4:09:00	
		Conversar com acompanhante: acompanhante solicita			00:02:00					00:10:00								0:12:00
		Conversar com acompanhante: para ou após avaliação		00:07:00			00:04:00		00:14:00	00:16:00	00:05:00	00:08:00	00:20:00					1:14:00
		Conversar com acompanhante: para acolhimento		00:05:00			00:10:00											0:00:00
		Conversar com cliente: para levantar problemas de enfermagem		00:05:00			00:28:00	00:13:00	00:01:00									0:47:00
		Conversar com cliente: para acolhimento					00:10:00											0:10:00
		Orientar cliente: cliente solicita	00:09:00		00:05:00											00:20:00		0:34:00
		Orientar cliente: para e/ou após avaliação	00:02:00	00:10:00			00:35:00		00:01:00		01:00:00	00:10:00		00:20:00	00:20:00			2:38:00
		Contato físico cliente: acolhimento											00:10:00	00:20:00				0:30:00
		Contato físico com cliente: exame físico		00:03:00	00:05:00							00:05:00	00:20:00	00:20:00				0:53:00
		Subtotal	00:11:00	00:45:00	00:17:00	00:00:00	02:23:00	00:20:00	00:33:00	00:31:00	02:10:00	00:58:00	01:20:00	01:30:00	01:30:00	00:20:00		12:48:00
		Extensão corpórea	Manipula equipamento anexo ao cliente				00:10:00					00:05:00						00:15:00
			Instala NPT em BI				00:10:00											00:10:00
	Instala oxigenoterapia						00:05:00										00:05:00	
	Manipula drenos/sondas						00:10:00	00:02:00									00:12:00	
	Subtotal	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:20:00	00:15:00	00:02:00	00:00:00	00:00:00	00:05:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00	0:42:00	
	Habilidade manual	Total-fazer pelo cliente															0:20:00	
		Ajuda cliente no auto-cuidado					00:05:00							00:20:00			0:25:00	
		Punção venosa					00:10:00										0:10:00	
		Mensura débito urinário	00:02:00						00:04:00								0:06:00	
		Despreza diurese							00:04:00								0:04:00	
		Lava as mãos				00:10:00			00:02:00					00:05:00			0:17:00	
		Prepara e administra medicação					00:10:00										0:10:00	
	Subtotal	00:02:00	00:00:00	00:00:00	00:10:00	00:25:00	00:00:00	00:10:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:45:00	00:00:00	00:00:00	1:32:00	
	Total Cuidado Direto	00:13:00	00:45:00	00:17:00	00:30:00	03:03:00	00:22:00	00:43:00	00:31:00	02:15:00	00:58:00	01:20:00	02:15:00	01:30:00	00:20:00		15:02:00	
	Tempo observado: processo de cuidar (direto e indireto) de enfermeiras		05:52:00	04:34:00	02:37:00	02:50:00	08:06:00	01:54:00	03:57:00	01:38:00	08:40:00	05:10:00	05:50:00	03:04:00	03:30:00	00:30:00		58:12:00
Tempo total disponibilizado pela observadora para atividade em campo		06:30:00	06:30:00	06:10:00	06:00:00	12:00:00	03:00:00	05:15:00	03:00:00	12:00:00	06:00:00	06:00:00	03:00:00	06:00:00	03:00:00		84:25:00	

Apêndice IX
**O tempo: a policronia na observação da sistemática do processo de cuidar de enfermeiras em clínicas
médica e cirúrgica**

O TEMPO: A POLICRONIA NA OBSERVAÇÃO DA SISTEMÁTICA DO PROCESSO DE CUIDAR DE ENFERMEIRAS: CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICA																
Gerência do cuidado		Atividade desenvolvida	Enfermeiras Participantes (P) / Observadas													
			P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14
Cuidado Indireto	Gestão de Pessoas	Conferir escala mensal ou diária de Aux e Téc de Enfermagem	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Remanejar A ou TE de setor	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Fazer escala de A e TE setor	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Controle banco de horas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Orienta equipe: solicitado	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Orienta equipe: educação em serviço	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Comunicação	Receber/passar plantão	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Ler livros adm. TE e prontuários	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Comunicar médico	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Registrar admissão livro sup.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Pergunta para TE como o cliente está	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Atualiza sistema de informação sobre clientes internados	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Aprazamento de medicamentos	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Prescreve cuidado verbalmente	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Prescreve cuidado por escrito	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Ordena TE realizar registros	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Ordena Enª realizar plano de cuidados	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Memorando interno	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Copia dados cliente em rascunho	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Realiza estatísticas/senso	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Ordena precaução de contato	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Lê mapa de cirurgias	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Lê resultados de exames	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Faz registro no prontuário	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Assumpção de atos de outras disciplinas	Acompanhar visita médica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Organizar prontuário	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Solicitar laboratório	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Solicitar NPT - SND	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Administra serviço de limpeza	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Solicitar hemocomponente	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Entregar hemocomponente para A ou TE infundi-lo	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Agendar exame externo/parecer	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	Ambiente	Organizar mobiliário	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Promove circulação de ar	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Minimiza ruídos no ambiente	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Apaga luzes das enfermarias	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Recolhe Kit NBZ pós-alta	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Remaneja cliente de unidade	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Recursos materiais	Administrar recursos materiais (prov. prev. controlar, organizar)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	Cuidado Direto	Comunicação	Olhar cliente: coletivamente	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Olhar cliente: individualmente			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Conversar com acompanhante: acompanhante solicita			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Conversar com acompanhante: para ou após avaliação			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Conversar com acompanhante: para acolhimento			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Conversar com cliente: para levantar problemas de enfermagem			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Conversar com cliente: para acolhimento			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Orientar cliente: cliente solicita			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Orientar cliente: para e/ou após avaliação			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Contato físico cliente: acolhimento			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Contato físico com cliente: exame físico		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Extensão corpórea		Manipula equipamento anexo ao cliente	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
		Instala NPT em BI	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
		Instala oxigenoterapia	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
		Manipula drenos/sondas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Habilidade manual		Total-fazer pelo cliente	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
		Ajuda cliente no auto-cuidado	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
		Punção venosa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
		Mensura débito urinário	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
		Despreza diurese	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	Lava as mãos	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Prepara e administra medicação	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			

LEGENDA: TEMPO GASTO POE ENFERMEIRAS PARA DESENVOLVER AÇÕES E ATOS CUIDATIVOS

■	0 hora e 0 minuto
■	de 1 a 20 min
■	> 20 min a 40 min
■	> 40 min a 1h
■	> 1 h a 2 h

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](#)