

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

SUELY LOPES DE AZEVEDO



PROCESSO DE ENFERMAGEM: por um conceito como elemento do cuidado de
enfermagem hospitalar

RIO DE JANEIRO

2016

Suely Lopes de Azevedo

**PROCESSO DE ENFERMAGEM: por um conceito como elemento do cuidado de
enfermagem hospitalar**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito necessário a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Isaura Setenta Porto

RIO DE JANEIRO

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

AZEVEDO, Suely Lopes de

Processo de Enfermagem: Por um conceito como elemento do cuidado / Suely Lopes de Azevedo. Rio de Janeiro: UFRJ/ EEAN, 2016.

355 fls.: il. color, 31 cm

Orientador: Isaura Setenta Porto

Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) / Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) / Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, 2016.

Referências Bibliográficas: f. 296 - 313

1. Enfermagem. 2. Formação de Conceito. 3. Processos de Enfermagem. 4. Cuidado de Enfermagem - Tese

I. Porto, Isaura Setenta. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem. III. Título.

CDD: 610.73

SUELY LOPES DE AZEVEDO

Processo de enfermagem: por um conceito como elemento do cuidado

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à seleção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em, 18 de fevereiro de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

.....
Isaura Setenta Porto
Doutor em enfermagem
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Presidente

.....
Cássia Barbosa Reis
Doutor em Doenças Infecciosas e Parasitárias
Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul
1ª examinador

.....
Fátima Helena Espírito Santo
Doutor em enfermagem
Universidade Federal Fluminense
2ª examinador

.....
Marcos Antônio Gomes Brandão
Doutor em enfermagem
Universidade Federal do Rio de Janeiro
3ª examinador

.....
Deyse Conceição Santoro
Doutor em enfermagem
Universidade Federal do Rio de Janeiro
4ª examinador

.....
Sílvia Teresa Carvalho de Araújo
Doutor em enfermagem
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Suplente.

.....
Barbara Pompeu Christovam
Doutor em enfermagem
Universidade Federal Fluminense
Suplente

DEDICATÓRIA

À Deus, pela essência de tudo que sou.

À memória do meu querido avô Luiz Guimarães e do meu amado pai Adélio Carvalho de Azevedo por me transmitirem tanta sabedoria; mesmo não estando mais entre nós, de uma forma silenciosa, estarão sempre do meu lado, observando e acompanhando todas as minhas conquistas. Saudades eternas de presença dos homens que foram e sempre serão os meus exemplos de dignidade, integridade, determinação, companheirismo, dedicação à família, dentre tantas outras qualidades. Com vocês aprendi o significado dos valores éticos e morais. Estes exemplos permanecerão comigo por toda a vida. Foi isso que com certeza sempre me motivou para seguir em frente, na conquista para a realização dos meus sonhos, tanto na minha vida profissional quanto na vida pessoal. O meu eterno amor e agradecimento!

A minha mãe Ilma Lopes de Azevedo pelo carinho, paciência, dedicação, presença e apoio constantes nos momentos difíceis pelo qual passamos, mas que superamos. OBRIGADA POR TUDO, e por você existir na minha vida; sem sua presença não conseguiria vencer mais este desafio. Seu amor incondicional conduziu-me pelo caminho e me fez chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Ao refletir sobre os caminhos percorridos para a realização deste trabalho, reconheço, emocionada, quantas valiosas pessoas cooperaram, de uma forma ou de outra. A todas, minha profunda gratidão. Na inviabilidade de citá-las todas, espero que se sintam contempladas, com o que menciono a seguir:

À minha família, pelo muito que tem me ensinado, sempre me apoiando em todos os momentos, ajudando-me na construção e compreensão do verdadeiro significado de família.

Ao meu irmão, Sergio Lopes de Azevedo, pela preciosa ajuda, disponibilidade, incentivo e colaboração na revisão bibliográfica, à minha cunhada, Angélica Monteiro da Silva, pela acolhida, oferecendo o isolamento necessário para avançar neste período, com cuidados dedicados e palavras de apoio. Aos meus sobrinhos Lucas Monteiro de Azevedo e Thiago Monteiro de Azevedo pelo carinho e sorriso estimulador que sempre me dedicam.

À minha irmã Solange Lopes Gadelha, ao meu cunhado Reginaldo da Costa Gadelha, às minhas sobrinhas Cristiane Lopes Gadelha, Simone Lopes Gadelha e aos meus sobrinhos do coração, Leônidas Luis Coll e Vitor do Nascimento Carvalho, pelo apoio e estímulo de sempre. Foram suas palavras de incentivo e, muitas vezes, até mesmo de críticas, que me conduziram nesta caminhada. A pergunta insistente de vocês “Quando será doutora?” Foi o que não me deixou desistir, para responder afirmativamente agora.

Ao meu companheiro, Elias do Nascimento Almeida, pela compreensão quanto à involuntária ausência e pela paciência tão valiosa, principalmente, ao longo do processo de construção desta tese.

À Professora Isaura Setenta Porto, minha querida amiga e orientadora desta tese, pela atenção, carinho, competência e, sobretudo, pelos ensinamentos pessoais que vão muito além destas páginas. Sou-lhe profundamente grata pelos valiosos conselhos, críticas e sugestões, e, especialmente, pela confiança, dando-me oportunidade de ingressar no Curso de Doutorado e disposição generosa a orientar meu estudo. Não tenho palavras suficientes para expressar meu agradecimento eterno pelos momentos de escuta atenta e apoio incondicional durante toda a minha trajetória acadêmica e pessoal. Com certeza, pelas lições acadêmicas e de vida

que pude aprender nestes anos de convivência, você foi e sempre será um exemplo a ser seguido. Mais que uma professora, você se tornou uma amiga.

Ao Doutor Leonard Christian Rossetti Obrecht e Doutora Vanessa B. Gomes pelo apoio, estímulo, generosidade e solidariedade que me dedicaram em momentos tão difíceis de fragilidade. Com certeza, o apoio e conhecimento profissional de vocês me ajudaram a superar os grandes desafios nestes últimos anos. A dedicação, o carinho, o olhar atento e o ouvir compreensivo foram essenciais para o término desta pesquisa.

À minha grande amiga, Professora Maria Esther de Souza Saramago, pela disponibilidade, companheirismo, pelo exemplo de competência e disciplina. Minha eterna gratidão pelo convívio prazeroso e estímulo durante esses anos. Grata por sua amizade, carinho, preocupação e compreensão nos períodos de distância física, mas com certeza, sempre próximas no coração e na alma.

À professora Deise Ferreira de Souza expresso os meus sinceros agradecimentos pela escuta compreensiva, carinho, apoio, energia positiva e acolhimento. Sem eles ficaria muito mais difícil realizar este estudo e vencer mais esta etapa de minha vida.

Aos colegas, Professores do Departamento de Fundamentos e Administração da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal Fluminense, pela concessão do tempo necessário para a realização do Curso de Doutorado.

Às funcionárias da Biblioteca da UFRJ, em particular, à colega Bibliotecária Martha Suely, por sua maneira de ser atenciosa e carinhosa, a qual muito me estimulou em vários momentos deste estudo.

Às funcionárias da Secretaria de Pós-Graduação e do Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem Anna Nery, pela acolhida e grande contribuição. Em especial, aos queridos Sônia Maria da Ressurreição Xavier e Jorge Anselmo pela atenção, paciência e sorrisos nos momentos de dúvidas e dificuldades administrativas.

Aos queridos colegas da turma de Doutorado, em especial, Sabrina da Costa Machado Duarte, Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira e Maria Amália de Lima Cury Cunha, por compartilharem preocupações, alegrias, angústias, ajudas mútuas e companheirismo no decorrer desta caminhada.

À amiga Nilza Xavier Marins pelo acolhimento e isolamento em sua casa em alguns momentos de aflição para que pudesse me dedicar aos estudos. Obrigada pelas palavras de incentivo, acolhimento e o carinho que sempre me dedicou durante a construção da tese.

Aos professores do Curso de Doutorado, em especial, as professoras Dr.^a Deyse Conceição Santoro e Dr.^a Jaqueline da Silva, obrigada pela oportunidade, grande incentivo e por aprimorarem meu senso reflexivo e crítico dentro e fora da sala de aula.

À banca examinadora, composta pelas Professoras Isaura Setenta Porto; Cássia Barbosa Reis; Fátima Helena Espírito Santo; Deyse Conceição Santoro; Sílvia Teresa Carvalho de Araújo e, pelo Professor Marcos Antônio Gomes Brandão, meu agradecimento sincero por enriquecerem esta tese.

Aos demais parentes, amigos e a todos que contribuíram das mais variadas formas para a realização deste estudo, a minha mais sincera e afetuosa GRATIDÃO!

RESUMO

Azevedo, Suely Lopes de. Processo de Enfermagem: Por um conceito como elemento do cuidado. Rio de Janeiro, 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

A pesquisa elaborou o conceito “Processo de Enfermagem” (PE). Partiu de reflexão sobre o potencial conceito e suas possíveis articulações com o cuidado de enfermagem hospitalar, pois a literatura mostra suas definições como conflituosas e contraditórias além de não estarem organizadas num conceito. O estudo teve como objetivos: 1) Identificar as definições atribuídas ao PE, a partir de bases literárias da Enfermagem; 2) Elaborar o conceito preliminar “Processo de Enfermagem”, a partir de bases literárias da Enfermagem e 3) Analisar as implicações deste conceito como elemento essencial do cuidado de enfermagem hospitalar. O método utilizado foi a operacionalização das estratégias de derivação, síntese e análise do conceito baseada na fundamentação teórica da Análise de Conceito proposta por Walker e Avant (2005). A partir da literatura foi composto um corpus de dados, com 108 produções científicas, cujos conteúdos foram submetidos à análise lexical realizada por programa informatizado Alceste. Os resultados desta análise expressaram-se em cinco blocos temáticos que geraram sete classes temáticas, a saber: Bloco temático I (classe 4). Evolução do PE no ensino, prática e na pesquisa; Bloco temático II (classe 2). Dimensões gerenciais e do cuidado na implantação do PE; Bloco temático III (classes 1 e 3). O PE e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos contextos sociocultural e assistencial - dimensões teóricas, práticas e sociais; Bloco IV (classe 7) - Sistemas informatizados dos registros de enfermagem nos serviços de saúde; e, Bloco V (classe 5 e 6) - A prática dos registros de enfermagem nos serviços de saúde. Também foram identificados as recorrências e os elementos constituintes que possibilitaram a elaboração das definições teórica e operacional do conceito Processo de Enfermagem. Este conceito poderá tornar-se um conteúdo acessível para a Enfermagem, bem como contribuir para melhor compreensão e utilização do processo de cuidar, que parte da análise de uma base teórica fundamentada em uma realidade profissional. A utilização desta base teórico-conceitual poderá fortalecer a prática, esclarecer outros conceitos, tornar mais visível o processo de trabalho da enfermeira e dos demais integrantes da equipe de enfermagem no desempenho de suas ações assistenciais contribuindo para a condução de uma reflexão crítica sobre o Processo de Enfermagem.

Descritores: Enfermagem. Formação de Conceito. Processos de Enfermagem. Cuidado de Enfermagem.

ABSTRACT

Azevedo, Suely Lopes de. Nursing Process: For a concept as component of hospital nursing care. Rio de Janeiro, 2016. Thesis (PhD in Nursing) - School of Nursing Anna Nery, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016

This research developed the concept of "Nursing Process" (PE). It departed from the reflection of this potential concept and its possible articulations with the nursing care, since the literature shows PE definitions as conflicting and contradictory besides not organized on a concept. The study objectives were: 1) to identify the definitions assigned to PE from nursing literature; 2) to elaborate a preliminary concept of 'Nursing Process' from nursing literature and 3) to analyze the implications of this concept as an essential element of hospital nursing care. The method employed was the operationalization of the strategies of derivation, synthesis and concept analysis based on the theoretical foundation of concept analysis proposed by Walker and Avant (2005). From the literature, we composed the dataset consisting of 108 scientific publications, whose contents have been subjected to lexical analysis performed by a computer program – Alceste. The results of this analysis were expressed in five thematic blocks that generated seven thematic classes, namely: Thematic Block I (Class 4) EP Evolution in teaching, practice and research; Thematic Block II (Class 2) Management and care dimensions in the implementation of PE; Thematic block III (Class 1 and Class 3) The PE and the Systematization of Nursing Care (SAE) in sociocultural and care contexts - theoretical, practical and social dimensions; Block IV (class 7) Computerized systems of nursing records in health care services; and Block V (class 5 and 6) Practice of Nursing Records In Health Services. In addition, identified recurrences and elements constituents permitted the creation of theoretical and operational definitions of the concept of Nursing Process. This concept may become an accessible content for Nursing, as well as to contribute to better understanding and usage of the care process, which starts from an analysis of a theoretical basis grounded on professional reality. The use of this theoretical-conceptual basis could strengthen the practice, clarify other related concepts, and make the nursing work process more noticeable about its performance of health care actions ultimately contributing to conduct a critical reflection on the Nursing Process.

Descriptors: Nursing, Concept Formation. Nursing Process. Nursing Care

RESUMEN

Azevedo, Suely Lopes de. *Proceso de Enfermería: Por un concepto como elemento del cuidado*. Rio de Janeiro, 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

La investigación ha desarrollado el concepto "Proceso de Enfermería" (PE). Partió de una reflexión sobre el potencial concepto y sus posibles articulaciones con el cuidado de enfermería hospitalaria, ya que la literatura muestra sus definiciones como conflictivas y antagónicas además de no estar organizadas en un concepto. El estudio tuvo como objetivos: 1) identificar las definiciones atribuidas al PE, partiendo de bases literarias de la Enfermería; 2) elaborar el concepto preliminar "Proceso de Enfermería", a partir de bases literarias de Enfermería e 3) analizar las implicaciones de este concepto como elemento esencial del cuidado de enfermería hospitalaria. El método utilizado fue la operacionalización de las estrategias de derivación, síntesis y análisis del concepto basado en la fundamentación teórica del Análisis de Concepto propuesta por Walker y Avant (2005). A partir de la literatura fue compuesto un corpus de datos, con 108 producciones científicas, cuyos contenidos se han sometidos a un análisis léxico realizada por programa informatizado Alceste. Los resultados de este análisis se expresaron en cinco bloques temáticos que generaron siete clases temáticas, a saber: Bloque temático I (clase 4). Evolución del PE en la enseñanza, práctica e investigación; Bloque temático II (clase 2). Dimensiones gerenciales y del cuidado en la implantación del PE; Bloque temático III (clases 1 y 3). El PE y la Sistematización de la Atención de Enfermería (SAE) en los contextos sociocultural y asistencial - dimensiones teóricas, prácticas e sociales; Bloque IV (clase 7) - Sistemas informatizados de los registros de enfermería en los servicios de salud; y, Bloque V (clase 5 y 6) - La práctica de los registros de enfermería en los servicios de salud. También fueron identificados las recurrencias y los elementos que posibilitaron la elaboración de las definiciones teórica y operacional del concepto Proceso de Enfermería. Este concepto podrá tornarse un contenido accesible para la Enfermería, así como contribuir para una mejor comprensión y utilización del proceso de cuidar, que parte del análisis de una base teórica basada en una realidad profesional. La utilización de esta base teórico-conceptual podrá fortalecer la práctica, esclarecer otros conceptos, tornar más visible el proceso de trabajo de la enfermera y de los demás integrantes del equipo de enfermería en el desempeño de sus acciones asistenciales contribuyendo para la conducción de una reflexión crítica sobre el Proceso de Enfermería.

Descriptor: Enfermería. Formación de Concepto. Procesos de Enfermería. Cuidado de Enfermería.

RESUMÉ

Azevedo, Suely Lopes de. *Processus de Soins Infirmiers: Pour une concept comme élément du soin*. Rio de Janeiro, 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

La recherche a élaboré le concept "Processus de Soins Infirmiers" (PE). Elle est partie de réflexion sur le potentiel concept et ses possibles articulations avec les soins d'infirmier hospitalier, car la littérature montre leur définitions comme conflictuelles et contradictoires en plus d'être estarem organisées dans un concept. L'étude a eu pour objectif: 1) Identifier les définition attribuées au PE, à partir de bases littéraires en sciences infirmières; 2) Élaborer la conception préliminaire "Processus d'Infirmier", à partir de bases littéraires em sciences infirmières et 3) Évaluer les implications de cette conception comme élément essentiel de soins infirmiers hospitaliers. La méthode utilisée a été la opérationnalisation de les stratégies de dérivation, synthèse et analyse de le concept reposant sur fondement théorique de l'Analyse de Concept proposée par Walker et Avant (2005). À partir de la littérature un corpus de données a été composée, avec 108 productions scientifiques, dont le contenu ont été soumis à une analyse lexicale réalisée par le programme informatisé Alceste. Les résultats de cette analyse ont exprimé en cinq groupes thématiques qu'ils ont générées sept classes thématiques, à savoir: Groupe thématique I (classe 4). Évolution du PE dans l'enseignement, pratique et dans la recherche; Groupe thématique II (classe 2). Dimensions de la gestion et du soin au cours de l'implantation du PE; Groupe thématique III (classes 1 et 3). Le PE et la Systématisation d'Assistance d'Infirmière (SAE) dans les contextes socioculturelle et d'assistance - dimensions théoriques, pratiques et sociales; Groupe IV (classe 7) - Systèmes informatisées des enregistrements d'infirmière dans les services de santé; et, Bloco V (classe 5 et 6) - La pratique des enregistrements d'infirmière dans les services de santé. Ils ont également été identifiées les récurrences et les éléments constitutants qui ont permis l'élaboration des définitions théorique et opérationnelle du concept Processus de Soins Infirmiers. Ce concept pourrait devenir un contenu accessible pour l'Infirmière, ainsi que contribuer à une meilleure entente et utilisation du processus de prendre soin, qui parte de l'analyse d'une base théorique fondée sur une réalité professionnelle. L'utilisation de cette base théorique-conceptuelle pourrait renforcer la pratique, clarifier autres concepts, rendre plus visible le processus de travail de l'infirmière enfermeira et des autres membres des équipes d'infirmières dans l'exécution de ses actions d'assistance contribuant ainsi à une réflexion critique sur le Processus de Soins Infirmiers.

Descripteurs: Infirmier. Formation de concept. Processus de Soins Infirmiers. Soin Infirmier.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ALCESTE	Analyse par Contexto d'un Ensemble de Segments de Texte
ANA	American Nurses Association
BDEFN	Base de dados de Enfermagem
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEPEN	Centro de Estudos e Pesquisa de Enfermagem
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiras
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CHA	Classificação Hierárquica Ascendente
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CIPE	Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem
CIPESC	Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONSUN	Conselho Superior Universitário
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DCNT	Doença crônica não degenerativa
DE	Diagnóstico de Enfermagem
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
EEAAC	Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa
GESAE	Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem
GISAE	Grupo de Interesse em Sistematização da Assistência de Enfermagem
HUAP	Hospital Universitário Antonio Pedro
IES	Instituição de Ensino Superior
INC	International Council of Nurses
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LILACS	Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde
MAE	Metodologia da Assistência de Enfermagem
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde

NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NHB	Necessidades Humanas Básicas
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
NOC	Sistema de Classificação de Resultados do Paciente
NEFE	Núcleo de Pesquisa em Fundamentos de Enfermagem
NUPENH	Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PE	Processo de Enfermagem
PUBMED	Public Library of Medicine
SAE	Sistematização da assistência de Enfermagem
SciELO	Scientific Electronic Library
SUS	Sistema Único de Saúde
TECCONSAE	Grupo de Pesquisa em Tecnologias e Concepções para a Sistematização da Assistência de Enfermagem
UC	Unidade de Contexto
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UCI	Unidades de Contexto Iniciais
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente. Rio de Janeiro, 2015	86
Figura 2. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente com as classes estáveis geradas pelo Alceste. Rio de Janeiro, 2015	87
Figura 3. Percentual das u.c.e. dentro das classes classificadas e não classificadas. Rio de Janeiro, 2015	88
Figura 4. Percentual das classes sobre o total de u.c.e. válidas. Rio de Janeiro, 2015 .	89
Figura 5. Distribuição numérica das u.c.e. por classe. Rio de Janeiro, 2015.	90
Figura 6. Distribuição do número de palavras analisadas por classe. Rio de Janeiro, 2015.	90
Figura 7. Classificação Ascendente Hierárquica (CHA) da classe 4. Rio de Janeiro, 2015	102
Figura 8. Classificação Ascendente Hierárquica (CHA) da classe 2. Rio de Janeiro, 2015	129
Figura 9. Classificação Ascendente Hierárquica (CHA) da classe 1. Rio de Janeiro, 2015	153
Figura 10. Classificação Ascendente Hierárquica (CHA) da classe 3. Rio de Janeiro, 2015	174
Figura 11. Classificação Ascendente Hierárquica (CHA) da classe 7. Rio de Janeiro, 2015	197
Figura 12. Classificação Ascendente Hierárquica (CHA) da classe 5. Rio de Janeiro, 2015	229
Figura 13. Classificação Ascendente Hierárquica (CHA) da classe 6. Rio de Janeiro, 2015.	246
Figura 14: Organização Estrutural do Caso Modelo e Caso Limite. Rio de Janeiro, 2015.	283

ÍNDICE DE QUADROS

	Página	
Quadro 1	Esquema do cuidado de enfermagem hospitalar	25
Quadro 2	Conjuntos operacionais do Alceste e suas operações. Rio de Janeiro, 2015	78
Quadro 3	Informações gerais contendo as operações realizadas pelo Alceste na análise do corpus. Rio de Janeiro, 2015	85
Quadro 4	Distribuição dos blocos temáticos com suas classes e grupos temáticos. Rio de Janeiro, 2015	94
Quadro 5	Variáveis de identificação e caracterização associadas à Classe 4. Rio de Janeiro, 2015	96
Quadro 6	Formas reduzidas de palavras plenas associadas à Classe 4. Rio de Janeiro, 2015	98
Quadro 7	Palavras e variáveis mais significativas da classe 4. Rio de Janeiro, 2015.	100
Quadro 8	Vocábulos de maior representatividade quanto a evolução do PE no ensino, prática e na pesquisa. Classe 4. Rio de Janeiro, 2015 .	103
Quadro 9	Variáveis de identificação e caracterização associadas à Classe 2. Rio de Janeiro, 2015	123
Quadro 10	Formas reduzidas de palavras plenas associada à Classe 2. Rio de Janeiro, 2015	125
Quadro 11	Palavras e variáveis mais significativas da classe 2. Rio de Janeiro, 2015	127
Quadro 12	Vocábulos de maior representatividade quanto as dimensões gerenciais e do cuidado na implantação do PE . Classe 2. Rio de Janeiro, 2015	130
Quadro 13	Variáveis de identificação e caracterização associadas à Classe 1. Rio de Janeiro, 2015 .	147
Quadro 14	Formas Reduzidas de palavras plenas da classe 1. Rio de Janeiro, 2015	149
Quadro 15	Palavras e variáveis mais significativas da classe 1. Rio de Janeiro, 2015	151
Quadro 16	Vocábulos de maior representatividade quanto ao PE e a SAE nos contextos sociocultural e assistencial: dimensões teóricas, práticas e sociais. Classe 1. Rio de Janeiro, 2015	154
Quadro 17	Variáveis de identificação e caracterização associada à Classe 3. Rio de Janeiro, 2015	168
Quadro 18	Formas reduzidas de Palavras Plenas associada à Classe 3. Rio de Janeiro, 2015	170
Quadro 19	Palavras e variáveis mais significativas da classe 3. Rio de Janeiro, 2015	172
Quadro 20	Vocábulos de maior representatividade quanto ao PE e a SAE nos contextos sociocultural e assistencial: dimensões teóricas, práticas e sociais. Classe 3. Rio de Janeiro, 2015 .	175
Quadro 21	Variáveis de identificação e caracterização associada à Classe 7. Rio de Janeiro, 2015	190

		Página	
Quadro 22	Formas reduzidas de Palavras Plenas associada à Classe 7. Rio de Janeiro, 2015	193	
Quadro 23	Palavras e variáveis mais significativas da classe 7. Rio de Janeiro, 2015	195	
Quadro 24	Vocábulos de maior representatividade quanto aos Sistemas Informativos nos Serviços de Saúde. Classe 7. Rio de Janeiro, 2015	198	
Quadro 25	Variáveis de identificação e caracterização associada à Classe 5. Rio de Janeiro, 2015	223	
Quadro 26	Formas reduzidas de Palavras Plenas associada à Classe 5. Rio de Janeiro, 2015	224	
Quadro 27	Palavras e variáveis mais significativas da classe 5. Rio de Janeiro, 2015	227	
Quadro 28	Vocábulos de maior representatividade quanto aos Sistemas Informativos nos Serviços de Saúde. Classe 5. Rio de Janeiro, 2015	230	
Quadro 29	Variáveis de identificação e caracterização associada à Classe 6. Rio de Janeiro, 2015	241	
Quadro 30	Formas reduzidas de Palavras Plenas associada à Classe 6, Rio de Janeiro, 2015	243	
Quadro 31	Palavras e variáveis mais significativas da classe 6. Rio de Janeiro, 2015	244	
Quadro 32	Vocábulos de maior representatividade quanto a prática dos Registros de Enfermagem nos Serviços De Saúde. Classe 6. Rio de Janeiro, 2015	247	
Quadro 33	Organização estrutural e funcional dos componentes principais e complementares do Bloco temático I. Rio de Janeiro, 2015	325	
Quadro 34	Organização estrutural e funcional dos componentes principais e complementares do Bloco temático II. Rio de Janeiro, 2015	326	
Quadro 35	Organização estrutural e funcional dos componentes principais e complementares do Bloco temático III. Rio de Janeiro, 2015	327	
Quadro 36	Organização estrutural e funcional dos componentes principais e complementares do Bloco temático IV. Rio de Janeiro, 2015	328	
Quadro 37	Organização estrutural e funcional dos componentes principais e complementares do Bloco temático V. Rio de Janeiro, 2015	329	
Quadro 38	Elementos recorrentes dos cinco blocos temáticos que contribuíram para a formação do conceito de Processo de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2015	330	
Quadro 39	Antecedentes do conceito PE. Rio de Janeiro, 2015.	262	262
Quadro 40	Atributos definidores para a definição teórica do conceito Processo de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2015	269	
Quadro 41	Organização estrutural e funcional da definição teórica do conceito Processo de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2015	270	
Quadro 42	Organização estrutural e funcional da definição operacional do conceito Processo de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2015	277	
Quadro 43	Consequências do conceito. Rio de Janeiro, 2015	287	

SUMÁRIO

	Página
1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	
1.1. A trajetória profissional e a aproximação com o objeto de estudo.	20
1.2. Problematização do estudo	26
1.3. Objeto de estudo	31
1.4. Questões norteadoras do estudo	32
1.5. Objetivos do estudo	32
1.6. Justificativa, relevância e contribuições do estudo.	33
2. CAPÍTULO 2: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA: COMO ELABORAR UM CONCEITO	
2.1. Fundamentação Teórica	37
2.1.1. O conceito como elemento para a construção de teoria	44
2.1.2. Estratégias para o desenvolvimento do conceito	46
2.1.2.1 Derivação do conceito	47
2.1.2.2. Síntese do conceito.	49
2.1.2.3. Análise do conceito	51
2.1.3. Pressupostos de análise do estudo	52
2.1.4. Breve Evolução histórica da enfermagem e suas conceituações teóricas	52
2.1.5. Evolução histórica do PE e suas definições	56
2.1.6. (Re)definições ou (In)definições de PE	58
2.2. Trajetória Metodológica:	64
2.2.1. Natureza do estudo	64
2.2.2. Aspectos Éticos da pesquisa	65
2.2.3. Coleta, amostra do estudo e tratamento de dados.	65
2.2.3.1. Estratégia de derivação do conceito	71
2.2.3.1.1. Preparação do corpus de análise	71
2.2.3.2. Estratégia de síntese do conceito.	75
2.2.3.3. Estratégia de análise do conceito: interpretação dos resultados	80
3. CAPÍTULO 3. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	
3.1. Análise dos dados referentes ao resultado do Alceste	84
3.1.1. Descrição das classes	91
3.1.2. Organização e tratamento das classes	93
3.2. Análise dos dados textuais referentes aos blocos temáticos e suas respectivas classes	95
3.3. Bloco Temático I: Evolução do PE no ensino, prática e na pesquisa:	96
3.3.1. Classe 4: Interfaces teóricas e práticas nos diferentes aspectos do PE	96

3.3.1.1. Grupo temático I. Aspectos legais e a evolução histórica relacionados ao PE	104
3.3.1.2. Grupo temático II. O PE na literatura	111
3.3.1.3. Grupo temático III. PE no ensino e na prática de enfermagem	115
3.3.1.4. Análise do bloco temático	121
3.4. Bloco Temático II. Dimensões gerenciais e do cuidado na implantação do PE:	122
3.4.1. Classe 2. Interfaces no contexto gerencial e do cuidado de enfermagem na operacionalização do PE	123
3.4.1.1. Grupo temático IV: Fatores intrínsecos relacionados ao PE	131
3.4.1.2. Grupo temático V: Fatores extrínsecos relacionados ao PE	134
3.4.1.3. Análise do bloco temático.	145
3.5. Bloco Temático III. O PE e a SAE nos contextos sociocultural e assistencial: dimensões teóricas, práticas e sociais:	146
3.5.1. Classe 1. Contexto profissional e assistencial da SAE e do PE	146
3.5.1.1. Grupo temático VI. Contexto da prática social e a construção do saber na Enfermagem	155
3.5.1.2. Grupo temático VII. Contexto das práticas assistenciais do enfermeiro	162
3.5.1.3. Grupo temático VIII. Dimensões do PE e da SAE na Enfermagem	164
3.5.2. Classe 3. PE como eixo organizador do cuidado de enfermagem e sua contribuição para novas concepções do ser, saber e fazer da enfermagem	167
3.5.2.1. Grupo Temático IX. Organização do cuidado / assistência	176
3.5.2.2. Grupo temático X. Organização do processo de trabalho	178
3.5.2.3. Grupo temático XI. Impacto do uso do PE na profissão e na qualidade do cuidado	181
3.5.2.4. Análise do bloco temático	187
3.6. Bloco temático IV. Sistemas informatizados dos registros de enfermagem nos serviços de saúde	189
3.6.1. Classe 7. Sistemas informatizados dos registros de enfermagem nos prontuários	190
3.6.1.1. Grupo temático XII. Sistemas informatizados de documentação	199
3.6.1.2. Grupo temático XIII. Sistemas de classificações das práticas de enfermagem	210
3.6.1.3. Análise do bloco temático	219
3.7. Bloco temático V. A prática dos registros de enfermagem nos serviços de saúde:	222
3.7.1 Classe 5. Registros de enfermagem nos serviços de saúde	222
3.7.1.1. Grupo temático XIV. O uso e a natureza dos registros de enfermagem	230
3.7.1.2. Grupo temático XV. Os registros das etapas do PE e suas implicações para o cuidado de enfermagem	236
3.7.2. Classe 6. Aspectos éticos e legais das anotações e dos registros de enfermagem	240
3.7.2.1. Grupo Temático XVI. Avaliação dos registros de enfermagem no serviço de saúde	247
3.7.2.2. Grupo temático XVII. Aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem	252

4. CAPÍTULO III ANÁLISE DO CONCEITO: FUNDAMENTOS PARA O CONCEITO PROCESSO DE ENFERMAGEM	
4.1. Organização estrutural e funcional dos componentes do conceito preliminar Processo de Enfermagem	259
4.2. Análise do conceito Processo de Enfermagem:	261
4.2.1. Antecedentes do conceito Processo de Enfermagem	262
4.2.2. Definições do conceito Processo de Enfermagem:	268
4.2.2.1. Atributos definidores do conceito Processo de Enfermagem	268
4.2.2.2. Definição teórica do conceito Processo de Enfermagem	269
4.2.2.2.1. Definição teórica do conceito Processo de Enfermagem	275
4.2.2.3. Definição operacional do conceito Processo de Enfermagem	276
4.2.2.3.1. Definição operacional do conceito Processo de Enfermagem	276
4.2.2.3.1. Caso modelo	283
4.2.2.3.2. Caso adicional	284
4.2.2.4. Consequências do conceito Processo de enfermagem	287
4.2.2.5. Referências empíricas do conceito	289
CONSIDERAÇÕES FINAIS	291
REFERÊNCIAS.	296
APÊNDICE:	
Apêndice 1. Lista das produções da amostra literária no corpus do Alceste	314
Apêndice 2. Organização estrutural e funcional dos elementos constituintes dos cinco blocos temáticos:	325
Apêndice 3. Elementos recorrentes dos cinco blocos temáticos que contribuíram para a formação do conceito de Processo de Enfermagem	330

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E A APROXIMAÇÃO COM OBJETO DE ESTUDO

O interesse para desenvolver este estudo, cuja finalidade é elaborar o conceito “Processo de Enfermagem” como elemento essencial do cuidado de enfermagem no contexto hospitalar, mantém uma articulação com o início de minha vida profissional, quando implementei consultas de enfermagem em instituições de saúde públicas e privadas. Com o passar dos anos, na minha prática assistencial em diversos serviços de saúde, percebi que embora o Processo de Enfermagem (PE) seja obrigatório e indispensável para a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), os enfermeiros¹ não compreendem o seu significado para o cuidado e/ou para a profissão.

Este fato tende a ser comprovado quando se observa que os enfermeiros deixam de executar o PE e/ou o implementam apenas algumas etapas, em desacordo com o previsto nas Resoluções do COFEN dos anos de 2002 e de 2009 (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009). Na maioria das vezes, o planejamento de cuidados individualizado não é realizado pelo enfermeiro, as prescrições são rotineiras e/ou repetidas, sem qualquer fundamentação nas necessidades do paciente, os poucos registros de enfermagem são feitos sem qualquer critério, incompletos ou inexistentes e as evoluções são substituídas por anotações sobre a realização de procedimentos executadas pelo auxiliar ou técnico de enfermagem, o que ocasiona dificuldades na continuidade dos cuidados, além de invisibilidade do fazer da Enfermagem. Esta situação levou ao questionamento sobre a relevância e o significado do PE como uma ferramenta para sistematizar a assistência de enfermagem de maneira mais produtiva.

Nesse contexto, Schwengber (2008) destaca que a SAE desenvolvida e implementada pelos enfermeiros através do PE, é uma ferramenta de trabalho que unifica a linguagem, as ações de enfermagem e os cuidados prestados conferindo maior valorização ao serviço de enfermagem visibilidade do trabalho da equipe, quantificação de suas ações e qualificação do atendimento.

Em 1994, iniciei a carreira docente no Curso de Graduação em Enfermagem em uma Universidade Federal. Desde então, faço parte do corpo docente da disciplina Fundamentos de

¹ Neste estudo a autora optou pela denominação “enfermeiro” corroborando com Padilha; Vagheti e Brodersen (2006), quando afirmam que a participação do homem no curso de Enfermagem começou gradativamente a se modificar. Eles passaram a ocupar cargos de direção e chefia nas instituições de saúde, e o termo “enfermeiro”, passou a ser utilizado na linguagem da profissão, ou seja, enfermeiras passaram a se autodenominarem enfermeiros. A justificativa para tal modificação na terminologia se deve ao fato de que uma profissão composta pelos gêneros - masculino e feminino - deve ser referenciada pelo masculino, para atender às exigências da língua portuguesa.

Enfermagem I, acompanhando os discentes do quarto período durante as consultas de enfermagem realizadas junto aos pacientes ambulatoriais portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial com enfoque na SAE, incluindo atividades de educação em saúde.

Na minha prática docente identifiquei uma lacuna de conhecimento no meio acadêmico relativa ao ensino e a prática da SAE e das Classificações Internacionais das Práticas de Enfermagem (CIPE). As disciplinas teóricas e teórico-práticas não adotam a abordagem da SAE através do PE e deixam de exercitar as habilidades e os conhecimentos discentes para o seu uso. Penso que estas são as principais causas que contribuem para a dificuldade do profissional em desenvolver e operacionalizar mais tarde, o PE em sua prática assistencial.

Para Bitencourt (2007), estas dificuldades na aplicação do PE como instrumento científico de trabalho ocorrem devido aos obstáculos internos e externos à Enfermagem, dentre os quais se destacam a estrutura de organização dos serviços de saúde, que prioriza a atenção médica individualizada e curativa, a forma fragmentada e assistemática como a aprendizagem do enfermeiro na graduação ocorre, além dos padrões de prestação de cuidados de enfermagem ou modelos assistenciais adotados nas instituições hospitalares, que em geral apresentam incompatibilidade com a funcionalidade do PE.

Não obstante o meu interesse pela linguagem diagnóstica, enquanto docente percebi que ensinar o PE era mais difícil do que pensei. Eles compreendiam a importância da implantação e implementação da SAE, através da aplicação de teorias e das taxonomias. Entretanto, poucos alunos conseguiam alcançar os objetivos do ensino-aprendizagem ao iniciarem as atividades práticas, embora eles entendessem esta prática como uma ferramenta essencial para auxiliar o paciente a alcançar a satisfação de suas necessidades, o que garantiria uma assistência de enfermagem de qualidade e uma maior autonomia profissional.

Na tentativa de superar estas dificuldades procurei facilitar a compreensão dos alunos sobre o PE estimulando seu pensamento crítico, incluindo estratégias metodológicas diversas durante o ensino teórico e teórico-prático para tornar este conteúdo mais claro e compreensível e disponibilizar orientações extras, seminários, exercícios, estudos de caso, na modalidade de autoavaliação. Além de proporcionar e ampliar as discussões sobre a SAE tive a oportunidade de criar e coordenar a disciplina optativa “Processos e Diagnósticos de Enfermagem” para os alunos matriculados no 5.º período letivo do Curso. Neste sentido, procurei despertar o interesse dos colegas docentes e dos alunos para a SAE enfatizando este conteúdo como fundamental para a utilização das CIPE tanto na Graduação em Enfermagem, como na Pós-Graduação Lato Sensu. Juntamente, destaquei as vantagens do uso de uma nomenclatura específica para a profissão e seu reflexo para a prática profissional.

No mundo, em relação ao trabalho do enfermeiro, as associações de classe, os conselhos profissionais, as instituições de ensino e os órgãos governamentais têm preconizado e incentivado o uso do PE e da padronização de linguagem para a Enfermagem. Esta padronização seria uma forma para contribuir com a organização dos serviços de saúde, o planejamento de ações e estabelecimento de prioridades resultando em melhoria da qualidade da atenção à saúde da população. No Brasil, apesar do PE ter sido proposto por Wanda de Aguiar Horta, na década de 70, somente em 1986 ele recebeu o amparo legal para o seu exercício, após o COFEn (BRASIL, 1986) promulgar a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispôs sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Nela, constam como atividades privativas do enfermeiro, “o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem, a consulta de enfermagem e a prescrição de enfermagem”, algumas delas atividades que compõem o PE.

A SAE, de acordo com a Resolução do COFEn de 2009, torna possível a operacionalização do PE definido como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional e a documentação da prática profissional. A prática evidencia a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, o que gera um aumento da visibilidade e do reconhecimento profissional. O PE é composto pelo histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem em sua operacionalização (BRASIL, 2009), dentre outras possíveis etapas.

Em 1998, o meu interesse em compreender melhor o paciente diabético e o processo do diagnóstico de enfermagem ampliaram-se com minha admissão, no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu (Curso de Mestrado) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), para melhor qualificação e atuação na docência. Minha dissertação de mestrado, defendida em 2001, cujo título foi “Diagnósticos de enfermagem: orientadores do cuidado/cuidar ao paciente diabético”. O estudo apontou para o fato de que as necessidades de cuidados dos pacientes diabéticos são diversificadas incluindo-se a qualificação de sua assistência que depende do avanço do conhecimento sobre as intervenções próprias a cada diagnóstico.

Neste sentido, Azevedo (2001), destaca o enfermeiro como profissional capacitado para decidir sobre o planejamento e desenvolvimento do processo de cuidar. Como líder da equipe de enfermagem, o enfermeiro é responsável pela assistência. E, enquanto profissional, ele tem autonomia para desenvolver a SAE e consolidar o saber, pensar e fazer da Enfermagem. Cabe ao enfermeiro conhecer as características dos seus pacientes nos diversos cenários de saúde, para estabelecer as propostas assistenciais que possam atender às suas necessidades e

favorecer o autocuidado e a adesão ao tratamento. Portanto, é decisivo que se estabeleça um marco conceitual para o seu trabalho, no qual ela possa fundamentar suas ações.

Desde então, na minha trajetória pessoal e profissional, o PE e a SAE passaram a nortear minhas atividades de ensino, pesquisa e extensão e, a contribuir para a consolidação de meus conhecimentos nesta temática, nas minhas atividades junto aos enfermeiros assistenciais, docentes e alunos dos cursos de graduação e pós-graduação da Enfermagem. Atualmente, participo dos “Núcleo de Pesquisa em Fundamentos de Enfermagem” (NEFE), “Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem (GESAE) ambos da UFF; e, nos “Grupo de Pesquisa em Tecnologias e Concepções para a Sistematização da Assistência de Enfermagem” (TECCONSAE) e Grupo de Pesquisa “Saberes, Fazeres e Tecnologia do Cuidado de Enfermagem”, ambos da EEAN da UFRJ.

O grande desafio no ensino e na prática da Enfermagem é romper com o pensar e o fazer fragmentado substituindo-os por um pensamento integrado, inter-relacionado, contextualizado e global. A proposta para os órgãos formadores consiste na revisão sobre a maneira de compreender o processo de trabalho da Enfermagem direcionando-o, não mais para o treinamento exclusivo de habilidades técnicas, mas para uma educação dialógica construída na parceria e troca de saberes, para a compreensão deste processo, para levar o enfermeiro ao desenvolvimento de sua consciência crítica (BACKES et al.,2008).

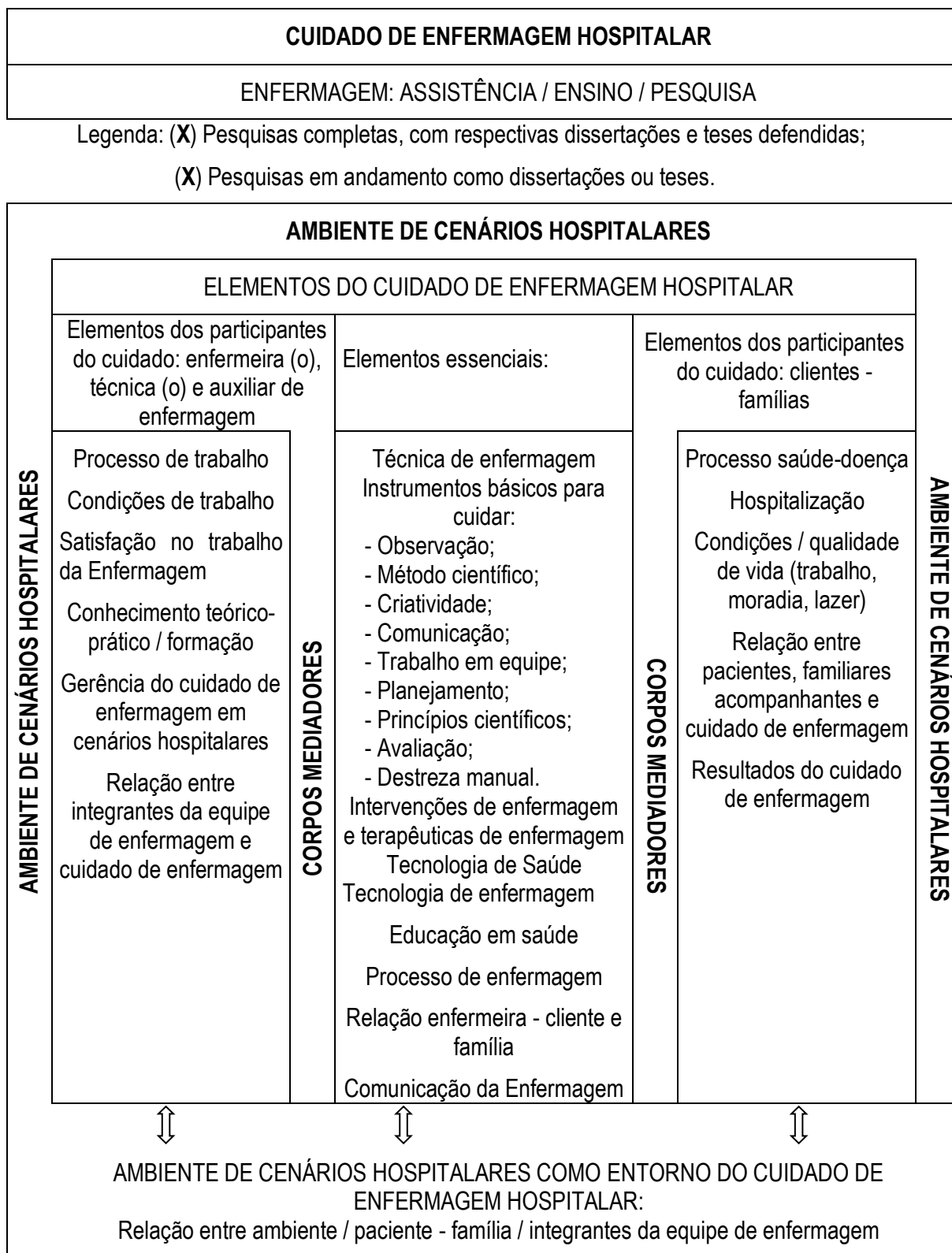
Como explicam Thofehn et al. (1999), a ausência do PE na prática assistencial deve-se ao grande distanciamento existente entre pensar e fazer, entre teoria e prática. É necessária uma preocupação maior com a qualidade da assistência prestada. Entretanto, o foco de atenção centra-se na demanda do serviço, o que se afasta da finalidade da assistência, ou seja, o cuidado adequado ao paciente baseado em conhecimentos científicos. Diante desta perspectiva e da experiência que adquiri na assistência, pesquisa e docência na área da Enfermagem, minha posição sobre a dificuldade de implantação e implementação do PE volta-se para o desconhecimento e a incompreensão sobre o PE. Em outras palavras, o ele é e o que representa para o exercício da profissão. Assim, na literatura da Enfermagem pesquisada consta-se que o conceito “Processo de Enfermagem” não está consolidado de maneira que possa nortear à prática da SAE, de maneira mais consistente.

Considerando toda a articulação existente entre o PE e minha trajetória profissional ingressei no doutorado. Nele, surgiu a oportunidade da tese ser desenvolvida no âmbito do Programa de Pesquisa coordenado por Porto (2009-2014). Este Programa vem sendo desenvolvido através de Projetos Integrados de Pesquisa (PIP) desde 2001. Estes Projetos tratam da conceitualização dos elementos do cuidado de enfermagem hospitalar. Seus

resultados preliminares foram organizados em grupos de pressupostos classificados através do esquema do cuidado, com a finalidade de buscar uma base epistemológica para a Enfermagem Hospitalar.

O desenvolvimento destes projetos tem por finalidade desenvolver um processo de conceitualização e validação dos componentes deste esquema do cuidado de enfermagem hospitalar, que envolve três tipos de elementos, a saber: (a) elementos relativos aos participantes do cuidado - integrantes da equipe de enfermagem; (b) elementos essenciais do cuidado, sem os quais o cuidado deixa de acontecer (c) elementos relativos aos participantes do cuidado - pacientes e família. Estes três tipos de elementos configuram-se como elementos envolvidos no cuidado de enfermagem considerado como sua categoria epistemológica central. Ao lado desta categoria também estão incluídos o ambiente hospitalar como entorno do cuidado de enfermagem; e, os corpos mediadores do cuidado de enfermagem ambos denominados categorias epistemológicas complementares ao cuidado (PORTO, 2009_a). Estes elementos e categorias epistemológicas propostas são apresentados no quadro1 apresentado, a seguir.

QUADRO 1. ESQUEMA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM HOSPITALAR



Fonte: PORTO, I S. Projeto Integrado de Pesquisa 6 "Abordagem mista para os conceitos de elementos de cuidado de enfermagem hospitalar: suas elaboração e validação". Rio de Janeiro, 2014 (período de desenvolvimento: 03/2015 a 02/2018).

Conforme o quadro apresentado, dentre os elementos essenciais do cuidado de enfermagem hospitalar encontra-se inserido o PE. Neste sentido, esta tese partiu de um entendimento sobre a essencialidade da busca do conceito “Processo de Enfermagem” e suas possíveis articulações com o cuidado de enfermagem hospitalar, pois se observa que na literatura profissional existem definições sobre o PE embora sejam conflituosas e/ou contraditórias, além de não estarem organizadas num conceito. Neste sentido, o PE carece de uma abordagem teórica mais aprofundada e consistente.

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO

O processo de cuidar e a formação acadêmica do enfermeiro têm sido objetos de reflexão e estudo ao longo dos anos. Na busca constante para contribuir com a formação de enfermeiros aptos a intervirem no processo saúde-doença por meio da utilização de cuidados competentes, humanizados, éticos, qualificados e eficazes procura-se colaborar na implementação de mudanças e forma de pensar-fazer-ensinar a Enfermagem. O foco da atenção profissional envolve o ser humano, com suas necessidades bio-psico-socio-espirituais e culturais. Neste sentido, o cuidado de enfermagem centra-se na promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação e reabilitação da saúde (VALE; PAGLIUCA, 2011).

No século XX, os anos após a segunda guerra mundial marcaram um intenso desenvolvimento científico tecnológico na área da Saúde. A Enfermagem acompanhou o modelo biomédico da Saúde, o que foi determinante para o surgimento da fragmentação das suas práticas e dos seus conhecimentos, que se fundamentaram na racionalidade e na clínica. De acordo com Rocha (1986), a Enfermagem passou de uma prática autônoma de saúde pública para uma prática subordinada hospitalar, o que significou definitivamente a substituição das práticas baseadas na “situação e na experiência” por práticas baseadas, principalmente, nos conhecimentos da área médica.

Neste contexto, para Porto (2009_a), a Enfermagem existente nos hospitais passou a carecer de uma visão de totalidade, bem como de características próprias, o que repercute em seus enfoques dirigidos à clientela. Os inegáveis avanços da área biomédica, principalmente os tecnológicos, pouco significaram para a construção de uma totalidade da Enfermagem Hospitalar e, por consequência, pouco representaram para a possibilidade de uma teorização baseada em enfoques científicos e na prática assistencial. Assim, a enfermagem como uma profissão cuja essência é o cuidado humano, desenvolve atividades de promoção, prevenção de doenças e reabilitação da saúde, atuando em equipes. Há muitos anos os profissionais enfermeiros vêm

construindo um conhecimento próprio, elaborando teorias e fundamentando suas ações (MENEGETE, 2007).

Para Almeida e Rocha (1989, p.27), o saber da Enfermagem pode ser compreendido a partir dos três segmentos: as técnicas de enfermagem, os princípios científicos e as teorias de enfermagem, que juntos permitem fazer incursões na reflexão sobre a Enfermagem numa visão de totalidade e perspectiva histórico-social. Estes três segmentos coexistem na atualidade da profissão. Neste sentido, o saber da enfermagem passou por etapas distintas que vão desde o enfoque técnico à busca dos princípios científicos, da utilização do método científico para o planejamento da assistência à formulação de concepções teóricas que dessem conta da complexidade que envolve o cuidado voltado, para a compreensão do homem em sua totalidade biopsicosocio e espiritual.

A Enfermagem como profissão tem passado por profundas transformações impulsionadas, algumas vezes, pelas demandas sociais existentes. Dentre as mudanças pelas quais a profissão tem passado destacam-se: o impulso e crescimento de um conjunto de conhecimentos próprios, a aquisição do grau universitário - bacharelado, o aparecimento de novas profissões na área da saúde, as especializações profissionais, o desenvolvimento tecnológico, o impacto da profissão sobre a clientela e a assistência em saúde, a criação e normatização de linguagens e sistemas de informação, o aparecimento de novas formas de gestão dos serviços de saúde, além do amplo e consistente desenvolvimento atual da pós-graduação *stricto sensu* (PÜSCHEL; IDE, 2002).

Estas transformações permitiram a discussão de diferentes perspectivas da Enfermagem, nas quais a procura por uma fundamentação científica levou também a necessidade de uma melhor definição para a prática da Enfermagem e o seu objeto. Procurou-se agregar à teoria ao objeto de enfermagem o que permitiu maior compreensão do fazer profissional. Ao carecer de objeto específico, a Enfermagem carece também de um saber autônomo, o que gerou uma crise na profissão configurada por uma dissociação entre prática, saber e domínio institucional (PORTO, 2008).

Como ressaltam Porto e Figueiredo (1999), o cuidado científico evoluiu e foi enriquecido com os princípios científicos de enfermagem, para a adoção da metodologia científica (resolução de problemas e PE), a elaboração de teorias de enfermagem e a incorporação de tecnologias complexas para a manutenção da vida. Dentro desse corpo de conhecimentos, baseado em teorias de enfermagem, destaca-se o PE, como um marco referencial em um momento de mudanças significativas na Enfermagem, com vista a uma nova forma de pensar e fazer enfermagem (CARVALHO et al., 2008). Na atualidade, evidencia-se que as atividades do

enfermeiro devem ser pautadas na interconexão dos aspectos científico e técnico, o que possibilita contornar obstáculos no processo de trabalho, promover transformações em sua assistência e melhorar a qualidade de vida dos usuários. Por apresentar essas peculiaridades, surgem discussões sobre a enfermagem como ciência, ou seja, um saber que busca superar problemas, norteado por um único paradigma que rege os padrões de trabalho, com fins de melhorar a correspondência entre este saber e a natureza (ALVES et al., 2014).

Desse modo, a profissão vivencia um grande desafio na construção e organização do conhecimento sobre o qual se baseia e se direciona sua prática. A atitude investigativa torna-se indispensável para o exercício de uma prática científica e sistematizada, que se consolida por meio da avaliação clínica e na utilização e aplicação das evidências externas à realidade observada (DE DOMENICO; IDE, 2005). O desenvolvimento de um instrumento metodológico e sistemático de realização de cuidados faz parte desse desafio. Assim, um dos acontecimentos primordiais que tem influenciado no avanço da Enfermagem tem sido a introdução do PE, como um método de trabalho baseado no método científico tanto para a pesquisa e desenvolvimento de suas bases teóricas, como para dotar à prática clínica de maior eficácia (CORONA; CARVALHO, 2005).

A prática assistencial do enfermeiro passou então, a se fundamentar em uma metodologia científica. Para isto, procura-se definir, delimitar, desenvolver ou aprofundar as áreas de conhecimento que conduzam ao alcance de objetivos específicos próprios, ou seja, dispor de bases teóricas que fundamentem suas ações profissionais, em torno da solução de problemas e necessidades do ser humano no processo saúde-doença (BACHION, 2002). Nesta perspectiva, surge o PE como instrumento metodológico e sistemático para a realização de cuidados, uma forma de uniformizar a assistência de enfermagem, o que requer inicialmente, para sua operacionalização, um domínio de conhecimentos técnicos e científicos acerca dos fenômenos de enfermagem, visando auxiliar o ser humano a manter ou superar o seu estado de bem-estar e saúde.

Além de ser um método que possibilita ao enfermeiro aperfeiçoar seus conhecimentos científicos, técnicos e humanos no cuidado ao paciente, o PE caracteriza-se pelo processo de cuidar entendido como a essência do trabalho e do saber da Enfermagem. É uma atividade deliberada, lógica e racional, por meio da qual a prática de enfermagem é desempenhada sistematicamente. O enfermeiro ao planejar a assistência, garante sua responsabilidade junto ao paciente assistido, uma vez que o planejamento possibilita diagnosticar as necessidades do paciente, garante a prescrição adequada dos cuidados, orienta a supervisão do desempenho do

pessoal, a avaliação dos resultados e da qualidade da assistência porque norteia as ações (SANTOS et al., 2002).

De acordo com Carraro e Westphalen (2001), a implementação do PE oferece respaldo, segurança e o direcionamento para o desempenho das atividades, contribuindo para a credibilidade, competência e visibilidade da Enfermagem e, conseqüentemente, para a autonomia e satisfação profissional. Por outro lado, para sistematizar a assistência de enfermagem é necessário haver um marco conceitual que fundamente a organização que o serviço almeja alcançar. Para exercer a profissão, o enfermeiro deve adquirir a habilidade de diagnosticar e tomar decisões clínicas, bem como utilizar uma gama de conhecimentos e instrumentos que permitam o desenvolvimento do cuidar profissional.

Neste sentido, ao ingressar no mercado de trabalho, o enfermeiro defronta-se com a tarefa de implementar e/ou implantar o PE na sua prática clínica. Para que isto ocorra, ele precisa identificar os diagnósticos de enfermagem, planejar e implementar as ações e condutas adequadas para suprir as necessidades humanas afetadas destes pacientes, e avaliar todo o processo do cuidar. Esta atuação acontece através do exercício do pensamento crítico e reflexivo e do juízo profissional, do gerenciamento, da tomada de decisões e solução de problemas, acrescido da comunicação oral e escrita. Na prática profissional esta tarefa torna-se bastante complexa e nem sempre é executada com qualidade, o que tem demandado vários estudos sobre o PE e a SAE, auxiliado pelas teorias de enfermagem.

As teorias de enfermagem trazem diversas definições do PE em contextos diferenciados, o que enfatiza a multiplicidade do termo. Observa-se que os enfermeiros adotam definições de PE que diferem entre si. Carraro, Kletemberg e Gonçalves (2003, p.499) destacam que há uma pluralidade de definições para designar a metodologia da assistência, e que na prática assistencial, o enfermeiro tem encontrado dificuldades na sua aplicação como instrumento científico de trabalho. Toda essa multiplicidade dificulta a compreensão e assimilação do PE, seja no ensino, na assistência, na gerência/ administração e pesquisa de enfermagem.

A complexidade do PE e as variações na forma como ele é utilizado nos diferentes cenários dificultam, por vezes, sua exequibilidade. Garcia e Nóbrega (2009) enfatizam a maneira com que as pessoas compreendem o termo, o que contribui para a não implantação sistemática e efetiva do PE. É necessário rever os significados que, ao longo dos últimos anos ou décadas, foram atribuídos ao PE na prática profissional. Se necessário, deve-se compreender/criar novos significados para o referido termo, assumindo, em primeiro lugar, a premissa básica de que os agentes da enfermagem são seres humanos cuidando de outros seres humanos.

Já McEwen e Wills (2009) enfatizam que parte considerável da base conceitual da teoria, pesquisa e prática da enfermagem foi construída usando conceitos adotados de outras disciplinas. Por isso, é importante um novo exame desses conceitos quanto à sua relevância e ajuste. Para Hupcey et al. (1996), o processo de aplicação dos conceitos emprestados pode ter alterado seus significados, daí a importância de revisá-los quanto à propriedade da aplicação. Além disso, como os conhecimentos estão em contínuo desenvolvimento, novos conceitos são introduzidos e aceitos, sendo continuamente investigados e refinados. Ainda permanecem alguns conceitos indefinidos e características sem descrição, enquanto outros já definidos apresentam inconsistências para a definição e o seu uso na pesquisa.

A Enfermagem brasileira está atenta ao desenvolvimento e demanda tecnológica nos diferentes contextos de saúde passando a elaborar estudos para descrever estes fenômenos e definir o campo de sua prática, seja no processo de ensino-aprendizagem, na pesquisa ou na assistência, o que tem elevado o nível científico do cuidado (ALFARO-LEFEVRE, 2005). Neste sentido, a Enfermagem, enquanto ciência e disciplina profissional possui um conjunto de conceitos e teorias que integram seu corpo de conhecimentos. Conceitos como cuidar, educação em saúde, ser humano, tecnologia de enfermagem, autonomia, qualidade de vida, dentre outros são utilizados na Enfermagem como objetos de análise e investigação.

Para Vale e Pagliuca (2011) existem necessidades de desenvolvimento e construção dos conceitos que envolvem a Enfermagem nos diversos cenários da prática. Recentemente a literatura destaca que a profissão busca desenvolver e clarificar o conhecimento. Para tanto, ela tem voltado seus estudos para a compreensão de conceitos e para a resolução de problemas conceituais. Para Lopes et al. (2010), os conceitos são construídos ao longo da história trazendo contribuições significativas à construção do conhecimento. Considerados símbolos do que acontece no mundo dos fenômenos reais e instrumentos de trabalho para pesquisadores e profissionais, é necessário que os conceitos sejam esclarecidos e definidos na perspectiva de serem utilizados com maior coerência, entendimento do seu sentido, possibilitando-lhes contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

Todavia, vários conceitos precisam ser analisados e compreendidos por serem usados na prática do cuidado de enfermagem. Isto requer o desenvolvimento de modelos teóricos que deem sustentação à prática da Enfermagem. O conceito é considerado uma abstração que reflete os fenômenos. Estes são dinâmicos, emergem e se transformam através de mais estudos, experiências e reflexões sobre significados e interpretações sendo dependentes do contexto em que estão inseridos (LOPES et al., 2010).

Nos últimos anos, estudos conceituais sobre diversas temáticas estão sendo aplicados

em várias áreas do conhecimento das Ciências da Saúde. No que se refere à Enfermagem observa-se um crescente interesse em revelar os elementos conceituais e teóricos e sua prática, tal como se apresentam. Mas, parece evidente que no processo da construção deste conhecimento, torna-se necessário estudar todas as facetas, como por exemplo, de que maneira são estabelecidas as relações entre o enfermeiro, o paciente e sua família; e, como o enfermeiro pode utilizar este conhecimento para facilitar o processo de cuidar em enfermagem.

Neste sentido, na literatura de Enfermagem o PE apresenta inúmeras definições, embora ainda careça de um conceito. Na prática assistencial a sua aplicação é baseada na tomada de decisão através do processamento de dados ou teoria de análise de decisão, com predomínio de processos lógicos de indução e dedução. Sendo assim, como elemento essencial para o cuidado, apesar das discussões empreendidas, o PE parece não ter sido compreendido em sua essência, com a perspectiva de dar sentido ao fazer da Enfermagem. Assim, para suscitar esta compreensão, urge a necessidade da elaboração do seu conceito, para possibilitar sua qualificação, compreensão, vivência e ensino.

Santos et al. (2008) destacam que do ponto de vista histórico, ainda que a expressão PE não fosse utilizada na segunda metade do século XIX, é possível que o ponto de partida para seu desenvolvimento remonte à época, quando Florence Nightingale sugeriu que a lição mais importante a ser dada aos enfermeiros era ensinar-lhes a observar quais aspectos do cuidado deveriam ser contemplados, bem como registrar e fazer julgamentos sobre suas observações. Para a maioria dos enfermeiros, o uso do termo PE na assistência, no ensino e na pesquisa ocorre de maneira pouco clara, abstrata, subjetiva, sem um conceito exato que abranja o termo de modo geral e suas etapas (MATTÉ et al., 2001).

O modo como o termo PE é abordado na Enfermagem aponta para a necessidade de melhor compreender o seu significado, de forma que um novo conceito esteja fundamentado e possa ser aplicado à realidade da profissão. A justificativa para tal encaminhamento encontra-se na literatura utilizada para nortear os modelos assistenciais de organização dos cuidados de enfermagem utilizados pelos enfermeiros, geralmente pautados em teorias formuladas e aplicadas em outras realidades. Assim, produzir-se-ão conhecimentos teóricos articulados à prática, um fundamento teórico apropriado à realidade da atenção à saúde, além de pautar-se na própria profissão.

1.3 OBJETO DE ESTUDO

O objeto de estudo desta tese é o “Processo de Enfermagem”, como elemento essencial do cuidado de enfermagem hospitalar. A abordagem adotada nesta tese em relação ao seu

objeto de estudo situa-se na possibilidade de organização do seu conceito, a partir da base literária da Enfermagem, o que abrangerá desde a identificação de seus diversos aspectos até a análise que resultará em reflexões epistemológicas relativas ao conceito em estudo relacionado ao cuidado de enfermagem hospitalar.

1.4 QUESTÕES NORTEADORAS DO ESTUDO

Considerando o exposto emergem as seguintes questões norteadoras desta investigação:

1. Quais são as definições de PE a partir das bases literárias da Enfermagem?
2. Quais são os conteúdos conceituais encontrados nas definições de PE identificados nas bases literárias da Enfermagem?
3. Como o conceito de PE a ser elaborado nesta tese caracteriza-se como elemento essencial do cuidado de enfermagem hospitalar?

1.5 OBJETIVOS DO ESTUDO

Considerando a problematização apresentada, as questões norteadoras e o objeto de estudo desta tese, foram estabelecidos os seguintes objetivos de pesquisa:

- Identificar as definições atribuídas ao PE, a partir de bases literárias da Enfermagem.
- Elaborar o conceito preliminar *Processo de Enfermagem*, a partir de bases literárias da Enfermagem.
- Analisar as implicações deste conceito como elemento essencial do cuidado de enfermagem hospitalar.

Assim, a tese deste estudo é alicerçada na afirmação de que o conceito *Processo de Enfermagem* pode ser elaborado a partir das bases literárias da Enfermagem, o que o torna um conceito fundamental, pois envolve vários aspectos específicos do exercício da profissional que são relevantes para o melhor desenvolvimento do cuidado de enfermagem.

A elaboração deste conceito configura-se como um elemento essencial, de natureza teórica, para a construção e entendimento do cuidado, de modo a contribuir para a melhoria da assistência. Neste contexto, através de uma nova maneira de olhar e compreender o PE, a elaboração do seu conceito poderá influenciar no processo de mudanças no saber-fazer da Enfermagem.

1.6 JUSTIFICATIVA, RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

De acordo com Nóbrega e Silva (2009), a tentativa de organizar o conhecimento da Enfermagem ocorreu a partir da década de 1950, quando houve um considerável avanço na construção e organização de modelos conceituais de Enfermagem. Estes foram desenvolvidos por diferentes caminhos, porém adotam conceitos derivados do senso comum que são essenciais à prática profissional ou resultaram de derivação de outras áreas de conhecimento. Estes modelos também serviram como referenciais para a elaboração das teorias de enfermagem, que objetivam estabelecer uma relação entre diferentes conceitos para explicar e, por conseguinte, direcionar a assistência de enfermagem.

Nesta assistência, o processo de cuidar é a essência do trabalho e do saber da Enfermagem. E, neste contexto, o PE é um recurso metodológico que possibilita o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos característicos de sua prática profissional. Assim, o PE vem obtendo um interesse crescente no Brasil, a partir dos anos 70, que perdura até a atualidade. Este interesse recrudescer a partir dos esforços do International Council of Nursing (ICN), desde o surgimento das teorias de enfermagem nos anos 50. Os estudos atuais de grupos de pesquisa e trabalho e de especialistas da Associação Brasileira de Enfermagem sobre etapas do PE: diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem, iniciados nos anos 90, estão voltados para o estabelecimento de uma linguagem padronizada para caracterizar as práticas da Enfermagem, o que aumenta o interesse pelo tema (GARCIA; NÓBREGA, 2010).

Considerando o exposto, o PE representa um dos instrumentos de trabalho fundamentais na prática do enfermeiro e da Enfermagem, uma vez que ele propicia uma relação entre conhecimento e cuidado (prática) possibilitando uma transcendência da profissão do aspecto humano fisiopatológico para atuar na integralidade do ser humano. Nesta perspectiva, o PE é uma tecnologia para cuidá-lo, uma vez que o cuidar apropria-se desta transcendência indo além das técnicas e dos saberes científicos (MEIER, 2004).

Os diversos estudos sobre a operacionalização do PE apontam para algumas causas multifatoriais, que dificultam seu uso na prática. Dentre elas destacam-se: a ausência de conteúdos necessários ao desenvolvimento do tema no currículo para a formação do enfermeiro, resultando em deficiência e descontinuidade no ensino da SAE, durante a formação profissional; a desarticulação entre a teoria e prática; a dificuldade de os docentes ensinarem o processo de julgamento clínico para possibilitar aos estudantes: estabelecerem relações - integrações significativas entre conteúdos teóricos; fazerem associações entre as informações clínicas e os processos cognitivos, afetivos e psicomotores que conduzam à solução de problemas; identificarem as dificuldades em coletar dados e em realizar o exame físico; identificarem a falta

de conhecimento e experiência para diagnosticar; e, a existência de resistência dos profissionais para o registro de suas ações, dentre outros problemas.

Corona e Carvalho (2005), ao estudar o significado do ensino do PE para o docente, constatou que, ao ingressar no mercado de trabalho, uma das insatisfações do enfermeiro refere-se ao distanciamento que sentem entre o aprendizado na escola (teoria) e a prática encontrada em seus locais de trabalho. O resultado da inexistência de uma relação direta entre o conteúdo aprendido e o conteúdo praticado redundava numa dissociação, que reflete a ausência de conceito e sua aplicação na prática, o que dificulta a união entre o conhecimento e a atividade prática.

As posições encontradas na literatura sobre o PE reforçam a relevância deste estudo, haja vista as dificuldades operacionais que envolvem o tema, sob a ótica conceitual. Estas dificuldades permeiam o contexto da aprendizagem e da prática do PE justificando também a realização deste estudo, que também poderá contribuir para a ampliação do conhecimento profissional numa dimensão ainda pouco explorada na Enfermagem, a dimensão dos aspectos conceituais. Neste sentido, torna-se essencial para a Enfermagem entender como está sendo construído, desconstruído e reconstruído o conceito "PE", a partir da tomada de consciência sobre o modo como o enfermeiro exerce sua prática de cuidar e, monitora e controla a resposta do paciente aos cuidados prestados pela equipe de enfermagem.

O enfermeiro utiliza o PE como uma estratégia para resolução dos problemas de saúde de seus pacientes (utilização de base científica), cujo ponto essencial está centrado em refletir sobre os critérios ou modos pelos quais compreende, utiliza e se apropria desse conhecimento, pois isso poderá interferir diretamente na qualidade de sua assistência. Por este motivo, torna-se fundamental saber como a Enfermagem está construindo e aplicando o conhecimento acerca do PE à luz de suas definições encontradas na base literária da profissão. A elaboração do conceito PE possibilitará o enfermeiro reiniciar e/ou refinar a apropriação desse conhecimento e refletir sobre ele, de modo a empregar esta metodologia em todo seu potencial.

Neste estudo pretende-se elaborar o conceito PE, de modo a contribuir para possíveis mudanças no cotidiano assistencial da prática de enfermagem. Este conceito, em elaboração, poderá tornar-se um conteúdo acessível para a Enfermagem, bem como contribuir para melhor compreensão e utilização do processo de cuidar, que parte da análise de uma base teórica fundamentada e apropriada à realidade profissional. A utilização desta base teórico-conceitual pode vir a fortalecer a prática, esclarecer outros conceitos, tornar mais visível o processo de trabalho do enfermeiro, contribuindo para a condução de uma reflexão crítica sobre o desempenho assistencial, a produção de dados de pesquisa e a união da teoria com a prática.

Esta base deve estar voltada para o contexto específico de atuação do enfermeiro, de maneira a proporcionar as adaptações necessárias que sirvam aos propósitos da realidade de aplicação (BRANDALIZE; ZAGONEL, 2007), o que poderá proporcionar uma maior compreensão do PE. Neste sentido, no âmbito da assistência acredita-se que, ao se estabelecer o conceito PE, pode haver uma contribuição para uma prática essencialmente voltada para a excelência do cuidado de enfermagem. Ganha também a identidade da Enfermagem, bem como a identidade, visibilidade e autonomia profissional dos enfermeiros.

Para o ensino, a contribuição e relevância do estudo parte da construção de novas estratégias para estimular os alunos à adoção de uma visão crítica, conceitual e estrutural acerca do PE. Ou seja, dele poder aprimorar seus sentidos de cuidar dentro de uma visão real, que esteja próxima de sua realidade facilitando assim, a diminuição da dissociação entre o saber e fazer na Enfermagem. Também, contribuirá para que o processo ensino-aprendizagem seja completado de maneira mais específica para a profissão e, conseqüentemente, para a formação de um profissional mais seguro e capaz de atuar com base na legislação referente ao exercício privativo do enfermeiro. Assim, o enfermeiro poderá ter maior facilidade para compreender e se direcionar em todas as etapas do PE.

Os benefícios esperados a partir da realização deste estudo encontram-se na produção de uma teorização de enfermagem fundamentada na realidade brasileira, através do processo de revisão de pressuposto conceitual “processo de enfermagem” já descrito no projeto integrado de pesquisa de Porto (2009_b) e sua transformação em conceito preliminar para o saber de enfermagem. Considerando que toda a ciência necessita de bases teóricas respaldadas na realidade, para a pesquisa emerge aqui a elaboração do conceito PE capaz de contribuir para o redirecionamento da maneira de olhar e entender uma prática assistencial. A criação de um conceito articulado com o cuidado de enfermagem pode trazer mudanças ao campo da Enfermagem e em suas práticas hospitalares.

A Enfermagem vem expressando através de eventos específicos de pesquisa e publicações, a necessidade de construir um corpo de conhecimentos próprios com base em conceitos, constructos e teorizações, com sentido em sua própria essência. Assim, a elaboração de um conceito, como parte de um processo de síntese do conhecimento da Enfermagem torna-se um produto inestimável para a profissão (PORTO, 2008). Assim, no que diz respeito à pesquisa em enfermagem, este estudo contribuirá com a elaboração do conceito PE, para ampliar também a compreensão dos fatores que influenciam o saber - fazer profissional, no cenário hospitalar.

E por fim, este estudo soma-se aos que vêm sendo desenvolvidos no Núcleo e na linha

de pesquisa em Enfermagem Hospitalar, em seus eixos temáticos “saber da enfermagem hospitalar” e “cuidado de enfermagem hospitalar”, do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ e também, de outras instituições de ensino que implementam estudos sobre o tema PE. Finalmente, este estudo contribuirá para a assistência, pesquisa e o ensino, na medida em que busca elaborar o conceito PE adotando a análise de conceito como fundamentação metodológica. A trajetória metodológica desenvolvida através da análise sistemática da literatura nacional e internacional acerca do PE, com a adoção do programa informatizado denominado *Analyse par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (Alceste), na versão 4.9, que será citado neste estudo como Alceste. O uso deste programa também representa uma contribuição para a Enfermagem, na medida em que trabalhos desenvolvidos com a análise lexical através do emprego do Alceste exploram a abordagem das representações sociais. Assim, a utilização do potencial lexical deste programa que pode ser aplicável a qualquer base textual é um exercício e uma das contribuições desta tese, ampliando o horizonte de utilização deste programa.

CAPITULO 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA- METODOLÓGICA: COMO ELABORAR UM CONCEITO

2.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As bases teóricas de um estudo devem subsidiar o processo de incorporação da produção do conhecimento ao se utilizar de ferramentas teóricas e, não apenas de ferramentas técnicas na construção de um conhecimento científico (CHRISTOVAM, 2009). Para Cervo (2002), as ferramentas teóricas são os fundamentos de uma profissão, pois são compreendidas como um conjunto de ideias, códigos, símbolos e valores que apontam para uma série de operações realizáveis, física e/ou mentalmente, a partir da manipulação de conceitos abstratos. Em relação ao presente estudo, no caso da Enfermagem entende-se que as principais ferramentas teóricas se dão pela articulação entre o cuidado e o PE.

O desenvolvimento da ciência na Enfermagem ajuda a estabelecer o significado da ciência por meio do entendimento e do exame dos conceitos, teorias, leis e metas de enfermagem, à medida que se relacionam com a prática. É a ciência que dá direito à futura geração de conhecimento substantivo, além de proporcionar o conhecimento a todos os seus aspectos (BARRETT, 2002).

A ciência da Enfermagem é definida como o conhecimento substantivo, específico à disciplina, que enfoca o processo humano-universo-saúde articulado nas estruturas e teorias de enfermagem. A meta da ciência da Enfermagem é representar a natureza da Enfermagem para entendê-la, explica-la e usá-la para o benefício da humanidade. Em geral, refere-se ao sistema de relacionamentos das respostas humanas na saúde e na doença abordando os domínios biológicos, comportamental, social e cultural (BARRETT, 2002). Para Carvalho (2003), o objetivo principal da ciência é a compreensão objetiva do mundo empírico no qual o próprio homem, um ser biopsicossocial, espiritual e cultural está inserido nos diversos contextos, com influências sobre os valores, atitudes e as crenças que retratam sua cultura e que devem ser mencionadas.

De acordo com Kletemberg (2004), a construção de um conhecimento próprio por meio da elaboração de várias teorias forneceu um referencial teórico necessário à prática assistencial trazendo respaldo científico ao processo de trabalho do enfermeiro ao nortear suas ações. Por outro lado, uma emergente visão crítica do processo de construção do conhecimento na profissão indica a necessidade de criar fundamentos consistentes, para consolidar suas bases como ciência. Para que isto possa ocorrer, é essencial compreender a evolução, os padrões de mudança e a identidade do conhecimento de enfermagem. Bachion (2002) afirma que a

Enfermagem como profissão passou a se interessar em se desenvolver como uma ciência. Para isto, procurou definir, delimitar, desenvolver ou aprofundar as áreas de conhecimentos que conduzem ao alcance dos objetivos específicos próprios, ou seja, dispor de bases teóricas e conceituais para fundamentar suas ações profissionais.

O avançar da profissão de enfermagem exige uma avaliação constante dos conceitos e definições presentes nas teorias de enfermagem, objetivando a melhoria das mesmas (LIRA; LOPES, 2010). Neste sentido, o termo PE é analisado a partir desta compreensão derivada de um senso comum, impregnado de seu imaginário e de ideias convencionais, críticas, opiniões diversificadas, de modo que o termo deixe de ser um obstáculo ao pensamento crítico e ao avanço da Enfermagem enquanto ciência. O marco inicial para o desenvolvimento do conhecimento científico e de referenciais teóricos próprios da Enfermagem foi publicado, em 1952, do livro de Hildegard Peplau, que abordava o relacionamento interpessoal. Desde então, modelos teóricos e conceituais são elaborados com a finalidade de sistematizar os conhecimentos, conceitos e terminologia. Com objetivo de fundamentar os cuidados de enfermagem e possibilitar autonomia e independência na sua atuação várias teorias foram propostas não só nos Estados Unidos, mas também no Brasil (GARCIA; NÓBREGA, 2010). Diante desta reflexão compreende-se que o saber científico é dinâmico. E, para sua compreensão é preciso estudá-lo à luz de instrumentos teóricos. No caso deste estudo, as ferramentas teóricas utilizadas foram a Análise de Conceito segundo o referencial de Walker e Avant (2005) e a base da literatura da área da Enfermagem que tenha aproximação com a construção do conceito: Processo de Enfermagem.

De acordo com Walker e Avant (2005), a análise de conceito é um conjunto de estratégias compreensíveis que podem ampliar os processos intuitivos que os teóricos já empregam para formar conceitos, proposições e teorias. As estratégias são consideradas neste estudo como diretrizes para o desenvolvimento das atividades relativas ao enfoque teórico. No entanto, vale destacar que essas estratégias servem para dar direcionamentos funcionando como ponto de referência aos teóricos, e não como a salvação de uma ideia pouco criativa. Neste contexto, um conceito nos dá a compreensão que alguém tem de uma palavra, de uma ideia; uma representação mental de um objeto abstrato ou concreto, que se mostra como um instrumento fundamental do pensamento em sua tarefa de identificar, descrever e classificar os diferentes elementos e aspectos da realidade (HOUAISS; VILLAR, 2001, p.783). A formação de conceito é então, um caminho muito eficiente para o aprendizado (WALKER; AVANT, 2005).

Neste estudo, o termo PE foi definido a partir da compreensão derivada de estudos profissionais, que pôde passar a ser trabalhado como um conhecimento novo, levando à

construção de um conceito da Enfermagem. A construção deste conceito está presente na relação sujeito-objeto, pois todo ato de conhecimento está baseado nos termos desta relação (JAPIASSU, 1992_a). Hessen (2003) afirma que o conhecimento advém da percepção do objeto pelo sujeito. Trata, portanto, das relações que são estabelecidas por três elementos, o sujeito, o objeto e a sua apreensão pelo sujeito. Sujeito e objeto permanecem separados assegurando que o dualismo do sujeito e do objeto pertence à essência do conhecimento. Pela ótica de Japiassú (1992_b), o conhecimento deve ser considerado como um processo e não como um dado adquirido. E o termo saber tem na atualidade, por força das coisas e pela realidade do uso, um sentido bem mais amplo que o termo ciência.

Para Bachelard (1971), o que importa é desvendar a gênese, a estrutura e o funcionamento dos conhecimentos científicos. Desde modo, pode-se definir a ultrapassagem e o rompimento de obstáculos e assim, a transformação do conhecimento. Buscando a compreensão do “devir” de uma ciência através do conceito teórico “*processo de enfermagem*”, este estudo ressalta a recorrência epistemológica, ligando o conhecimento passado de uma ciência à análise do seu estado presente. Nesta abordagem, um novo conhecimento é obtido a partir do despojamento de antigos conceitos dentro de uma postura que poderia oferecer resistência a novas opiniões. O que pode ser considerado um desafio neste aspecto. Ao aproximar-se dessa nova postura, fazem-se tentativas para superar obstáculos os obstáculos epistemológicos, que se constituem em resistência do novo, ou seja, uma ruptura do pensamento preestabelecido, a ruptura epistemológica (STEIN, 2001).

Na teoria geral do conhecimento, o sujeito que quer conhecer (sujeito cognoscente) está ligado ao objeto a ser conhecido (objeto cognoscível), através do meio de acesso do sujeito ao objeto (imagem). A imagem como “figura” do objeto, consiste de uma alteração na dimensão cognitiva do sujeito, embora mantendo suas determinações. A imagem entre sujeito e objeto é meio de apreensão deste último mantendo-se objetiva por conter características do objeto (HESSEN, 2003).

Neste estudo, cabe uma análise sobre o problema do conhecimento, que envolve o conceito Processo de Enfermagem. Esta apreciação consiste numa análise sobre a impossibilidade de tratar a esfera relacional do cuidado de enfermagem como uma relação sujeito -imagem - objeto. Implica ainda, na maneira de abordar a natureza interativa do cuidado de outro ponto de vista ainda epistemológico (PORTO et al., 2009). Esta relação apresenta uma única direção, que é a do sujeito para o objeto, através da imagem. Os integrantes da equipe de enfermagem poderiam assumir a posição de sujeito na relação sujeito-objeto. Os pacientes e suas famílias seriam objetos que também, como elementos participantes do cuidado, buscam

apreender outros objetos incluindo os que deles cuidam, um movimento contrário à irreversibilidade de direção sujeito para objeto. Por outro lado, na esfera do cuidado, sujeito-objeto são reais a partir de suas experiências externas. Assim, a natureza relacional entre quem cuida e de quem é cuidado ao ser confrontado com a direção única da relação sujeito-objeto impede de uma aproximação maior: o sujeito e o objeto são o que são apenas quando estão em relação um com o outro (VITÓRIA REGIS, 2011).

No entanto, esta relação não se esgota, pois representa um ser próprio: o objeto naquilo que fica desconhecido, por não ser captado através da imagem; o sujeito naquilo que é, além de conhecer, ou seja, o que sente e quer. Então, a reversibilidade na relação sujeito - objeto torna-se possível na esfera da ação. Nela, o sujeito determina o objeto, ao mesmo tempo sem mudar a si mesmo e mudando o objeto. Por consequência, na ação, a relação sujeito - objeto demarca um território mais próximo do cuidar da Enfermagem (PORTO, 2009_a; 2009_b).

E, neste sentido, o processo de enfermagem constitui um dos elementos essenciais vinculados ao cuidado de enfermagem. E, portanto, ele mantém uma proximidade com a análise aqui realizada sobre sujeito - objeto. É possível avançar com esta posição sobre o conceito “Processo de Enfermagem”, numa relação de conhecimento sujeito - objeto. Considerando o elemento essencial como sujeito desta relação, o PE pode ser entendido como objeto desta relação, através da imagem que permeia a captação do objeto pelo sujeito, ou seja, uma imagem representação do objeto, mais especificamente no caso deste estudo: o que se diz sobre o PE na literatura. Assim, poder-se-ia ter possivelmente uma relação sujeito - imagem - objeto, no conhecimento sobre o PE, posição esta que fundamenta ainda mais a possibilidade de construir o conceito nesta pesquisa (VITÓRIA REGIS, 2011).

O caminho trilhado pelo Programa de Pesquisa “Enfermagem Hospitalar: uma área de atuação a investigar para a construção de uma síntese do conhecimento”, no esforço de produzir uma teorização a partir do uso secundário de resultados de pesquisas, chegou ao resultado de concepções de cuidado de enfermagem hospitalar. A configuração dessas concepções e sua revisão bibliográfica originaram os pressupostos organizados em um esquema do cuidado de enfermagem hospitalar, que apresenta seus elementos constituintes, entre os quais se encontra o PE, como um dos elementos essenciais do cuidado, sem os quais o cuidado deixa de acontecer.

Sendo assim, as pesquisas de Porto (2009_a) para a construção de conceitos diversos como elementos do cuidado de enfermagem têm origem durante a realização dos 5^o e 6^o Projetos Integrados de Pesquisa (PIP), mediante o esforço para classificar grupos de pressupostos com fins de investigação. Dentre os resultados preliminares destes projetos foi

elaborado um esquema do cuidado de enfermagem hospitalar. A abordagem destes projetos tem por finalidade o desenvolvimento de um processo de validação dos componentes deste esquema do cuidado de enfermagem hospitalar, que envolve três tipos de elementos, a saber: (a) elementos relativos aos participantes do cuidado – integrantes da equipe de enfermagem; (b) elementos essenciais do cuidado – relativos aos participantes do cuidado; e (c) elementos relativos aos pacientes e família. E ainda, o ambiente hospitalar como entorno do cuidado de enfermagem e os corpos mediadores do cuidado de enfermagem.

Nos âmbitos deste programa foi desenvolvida a necessidade em construir fundamentos mais consistentes para o cuidado, com uma visão crítica, mais sólida e, buscando manter uma continuidade para melhor compreensão e fundamentação dos dados encontrados, o PE foi inserido em dois projetos integrados de pesquisa, que tratam da conceitualização dos elementos do cuidado de enfermagem hospitalar (PORTO, 2014).

Esses projetos estão sendo executados na perspectiva de construção teórica pretendida para o cuidado de enfermagem hospitalar que demanda análises e reflexões adicionais, sobretudo acerca do PE. Utilizou-se este elemento do cuidado proposto no esquema de Porto (2009a), especificamente, como elemento essencial do cuidado, tal como apresentado, anteriormente, no quadro 1 denominado “Esquema do cuidado de enfermagem hospitalar”.

Neste esquema do cuidado de enfermagem hospitalar pode-se observar que o agrupamento dos elementos do cuidado de enfermagem hospitalar foi classificado segundo o entendimento sobre os participantes do cuidado: integrantes da equipe de enfermagem e pacientes e famílias interligadas pelos elementos essenciais do cuidado (sem os quais deixa de acontecer) inserido no ambiente hospitalar e os corpos mediadores do cuidado. Assim, os elementos agrupam-se como se segue:

1. O agrupamento dos elementos relativos aos participantes do cuidado entendidos como os integrantes da equipe de enfermagem são: processo e condições de trabalho, satisfação no trabalho, conhecimento teórico-prático, gerência do cuidado de enfermagem e relação entre integrantes da equipe de enfermagem e cuidado. Todos estes elementos são fundamentais para que estes integrantes da equipe possam desenvolver a ação de cuidar.
2. O agrupamento dos elementos relativos aos participantes do cuidado entendidos como pacientes / pacientes e suas famílias relacionou: processo saúde-doença, hospitalização, condições/qualidade de vida (trabalho, moradia e lazer), relação entre paciente - família e cuidado, resultados do cuidar e do cuidado. Todos estes elementos

são essenciais para que os pacientes e suas famílias possam receber/participar dos cuidados.

3. Os instrumentos passaram a agrupar os elementos essenciais do cuidado de enfermagem hospitalar entendidos como técnica de enfermagem, instrumentos básicos para cuidar, tecnologia de saúde e enfermagem, educação em saúde, PE, relação enfermeira (o) / paciente - família e comunicação verbal e não verbal. Todos estes elementos são essenciais no sentido de que são aqueles elementos sem os quais o cuidado deixa de ser realizado.

4. O ambiente hospitalar e suas relações com o paciente - família e os integrantes da equipe de enfermagem foram considerados como um elemento do entorno do cuidado, que proporciona um “invólucro” ou contexto ou cenários, nos quais todos os envolvidos com o cuidado agem, reagem e interagem no cotidiano da prática assistencial hospitalar.

Os elementos ou componentes constituintes do cuidado de enfermagem hospitalar vêm sendo discutidos no Grupo de Pesquisa Saberes, Fazeres e Qualidade do Cuidado de Enfermagem e no Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar, do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ desde 2001. Esta investigação iniciou um processo de reflexão sobre uma construção teórica para a Enfermagem e suas possíveis articulações com o processo de teorização em outros campos da Enfermagem, a partir dos princípios axiomáticos nightingaleanos (Enfermagem, paciente, doença e ambiente) e, de evidências de um fenômeno maior de Enfermagem Hospitalar encontrado parcialmente em resultados de diversas pesquisas.

O PIP desenvolvido entre 2008 e 2012 esteve concentrado em transformar os pressupostos teóricos em conceitos preliminares do cuidado, a partir de investigações empíricas e em bases literárias. Este é o caso deste estudo, que estará explorando o PE, a partir de bases literárias da Enfermagem.

Cada pressuposto está organizado por componentes que exploram vertentes inerentes a uma elaboração teórica. Assim, os componentes principais do conceito são: (1) Título: o nome do elemento do cuidado de enfermagem hospitalar encontrado a partir dos dados; no caso deste estudo, o PE é o título; (2) Conteúdo: é a descrição conceptual do elemento do cuidado de enfermagem hospitalar, ou seja, o que ele é; (3) Atributos: são as características fundamentais apresentadas pelo elemento do cuidado de enfermagem hospitalar. Os componentes complementares ao conceito são: (4) Continente: é a inserção do elemento no contexto do

cuidado de enfermagem hospitalar; e, (5) Abrangência: é a cobertura / amplitude do elemento do cuidado de enfermagem hospitalar existente em sua aplicação em cenários hospitalares.

A partir do PIP realizado entre 2003 e 2005, foi desenvolvido o pressuposto do PE, seus componentes e seus subelementos, como se mostra a seguir:

PRESSUPOSTO “PROCESSO DE ENFERMAGEM”:

1 Título: Processo de Enfermagem;

2 Conteúdo: o PE é uma das aplicações do método científico na Enfermagem. Como consequência, ele apresenta etapas distintas e articuladas entre si, cujas denominações variam de acordo com os idealizadores das propostas de diversos PE. De maneira geral, o PE apresenta etapas essenciais ao método científico, que são o levantamento, a implementação e a avaliação. A finalidade do PE é a de proporcionar uma visão mais integral do paciente e, por consequência, da clientela hospitalizada. Essas etapas essenciais podem estar desdobradas em subetapas. Alguns exemplos podem mostrar como essas diferentes etapas são sugeridas: (a) histórico, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979); (b) Identificação de problemas, prescrição de cuidados de enfermagem e evolução do paciente (PAIM, 1986); (c) avaliação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e evolução (STANTON; PAUL; REEVES, 1993).

3 Atributos: o PE é o “instrumento” que organiza a prática de enfermagem, entendida como ações de enfermagem ordenadas e dirigidas, através do desenvolvimento de suas etapas.

4 Continente: o PE objetiva-se na prática do cuidado, a partir dos conceitos e das teorias de enfermagem envolvendo conhecimentos físicos, biológicos, humanos e comportamentais.

5 Abrangência: com base nos conceitos e teorias de enfermagem como fundamentos racionais, a amplitude do PE ou sua aplicação em cenários hospitalares auxilia os profissionais a tomarem decisões, julgarem, estabelecerem relações interpessoais, preverem e avaliarem as consequências das ações de enfermagem.

A partir da constatação sobre o que foi construído por Porto (2009_a), verifica-se sua incompletude característica de um pressuposto. Assim, neste estudo será possível a elaboração dos componentes principais e complementares do conceito PE de maneira mais consistente e representativa, a partir de complementação do pressuposto PE por bases literárias de Enfermagem.

2.1.1 O conceito como elemento para a construção de teoria

Este estudo foi desenvolvido para a elaboração do conceito “Processo de Enfermagem”. Portanto, somente os aspectos relativos aos conceitos têm precedência. Entretanto, quando se trata de conceito é necessário que ele seja compreendido no seu contexto, que é a teoria. Assim, esta parte da fundamentação, além de tratar sobre os aspectos relativos ao conceito, também aborda o seu contexto que, neste caso, integra as proposições e a teoria.

Um conceito é uma imagem mental de uma coisa, pessoa ou objeto e pode ser compartilhado através de palavras. Uma função básica dos conceitos é conhecer e descrever a natureza das coisas; eles são meios para organizar a informação concreta e são armazenadas na memória como ideias abstratas dando significado para percepções sensoriais. Os conceitos representam a realidade e o conhecimento substantivo de alguém, pois são as categorias da teoria e servem como guias para realizar observações no mundo empírico (HESSEN, 2003).

Para McEwen e Wills (2009, p 76), os conceitos são termos referentes aos fenômenos que ocorrem na natureza ou no pensamento e têm sido definidos como termos abstratos derivados de atributos particulares e como afirmações simbólicas descrevendo um fenômeno ou uma classe de fenômenos. Hickman (2000, p.11), afirma que “os conceitos são palavras que representam a realidade e facilitam a nossa capacidade de comunicação”.

Vitoria Regis (2011) enfatiza que os conceitos e proposições são alicerces da teoria. Eles norteiam a prática, a pesquisa e a busca do saber-fazer da Enfermagem. A necessidade de conhecer melhor a história desta prática torna a construção do conceito uma ação primordial. Para Mendonça (1994), o conceito é uma palavra capaz de expressar através do seu significado, o que realmente ocorre na realidade empírica. Ele se torna útil na medida em que esteja representando o fenômeno existencial adequadamente.

Walker e Avant (2005, p.26) apontam que os conceitos apresentam diferentes tipos de abstração e os classificam como primitivos, concretos e abstratos. Os conceitos primitivos são aqueles que têm um significado comum compartilhado entre todos os indivíduos em uma cultura; os conceitos concretos são aqueles que podem ser definidos por conceitos primitivos, mas são limitados no tempo e no espaço e são observáveis na realidade. Os conceitos abstratos também são capazes de serem definidos por conceitos primitivos ou concretos, mas são independentes de tempo e de espaço.

Apesar da diversidade nos significados dos conceitos, é inegável que sua finalidade os torna alicerces da experiência e da trajetória do conhecimento e podem facilitar a construção de outros conceitos. Assim, os conceitos são compostos de atributos que, segundo Japiassú

(1992b, p.23) são as propriedades que definem a essência do termo, aquilo que o entendimento percebe da substância constituindo sua essência. Assim, eles constituem a base de toda a comunicação e todo o pensamento humano. Os conceitos permitem a classificação de nossa experiência de forma significativa, tanto quanto para os outros.

Alguns autores e pesquisadores usam os termos conceito e variável como se fosse um. Quando conceitos são definidos operacionalmente, isto é, as definições contêm dentro delas os meios de mensurar os conceitos, eles podem ser considerados “variáveis” para propósitos de pesquisa (WALKER; AVANT, 2005).

Segundo George (2000, p.13) os conceitos “*são palavras que descrevem objetos, propriedades ou acontecimentos e constituem os componentes básicos da teoria*”. Por serem empíricos ou abstratos, eles criam imagens e assim tendem a possuir significados diferentes e gerar interpretações também diferentes. São grandemente influenciados por experiências de aprendizagem anteriores. Considerando que a Enfermagem enquanto profissão tem a responsabilidade de prestar auxílio a pessoas, grupos, famílias e comunidades, para que eles alcancem um estado de saúde, sua prática não pode ser pautada na intuição, no hábito ou nas tradições para as tomadas de decisão. É preciso possuir uma base de conhecimento teórico que se fundamente em resultados de pesquisas. Quanto mais intensas forem as pesquisas em relação a uma teoria em particular, maior utilidade ela terá para a prática profissional (GEORGE, 2000, p.14-15).

Um conceito é construído a partir de termos ou palavras que tem um significado dentro de um sistema teórico no qual é inserido, a partir de impressões sensoriais, percepções e experiências. O conceito deve ser usado como um elemento básico para obtenção de novos conhecimentos, cada ciência usa seus próprios conceitos para divulgar o conhecimento produzido. Entretanto, sua construção deve ser lógica e de acordo com um quadro de referências levando significado para dentro de um sistema de pensamento (MENDONÇA, 1994).

As proposições ou declarações, segundo Walker e Avant (2005) são resultados da expressão da relação entre conceitos. Em qualquer tentativa para construir um corpo de conhecimento científico, uma proposição torna-se um ingrediente extremamente fundamental. No contexto da construção de teoria, estas podem ocorrer de duas formas: proposições relacionais e proposições não relacionais. Uma proposição relacional declara um tipo de relação entre dois ou mais conceitos. Uma proposição não relacional pode ser uma proposição de existência que afirma a existência do conceito, com uma definição operacional e/ou teórica.

A definição geralmente aceita de uma teoria implica um grupo de proposições relacionais internamente consistentes, que apresentam uma visão sistemática sobre um fenômeno. Estas

proposições são úteis para descrever, explicar, prever, prescrever ou controlar. A teoria é geralmente construída para expressar uma nova ideia ou uma nova visão na natureza do fenômeno de interesse. Uma teoria, em virtude de ter um potencial previsível e prescritível, é o meio principal de reunir os objetivos da profissão Enfermagem no seu direcionamento para o estabelecimento de um corpo de conhecimento bem definido. (MELEIS, 2007)

Para Walker e Avant (2005, p.65), as definições teóricas e operacionais são cruciais na construção da teoria. Sem elas não há como testar e então, cabe validar a teoria no “mundo real”. O desenvolvimento de teoria frequentemente começa em nível de conceitos e proposições. Por exemplo, no processo completo de desenvolvimento de teoria, um teorista pode começar com o desenvolvimento de conceito. Feito isso, os objetivos do desenvolvimento relacionam-se às proposições. E, por fim o desenvolvimento de teoria poderá ser buscado e testado.

Assim, o desenvolvimento de teoria, pesquisa e prática são partes de um processo maior do desenvolvimento científico, não processos separados que se concluem neles mesmos. Na Enfermagem, os conceitos foram emprestados ou derivados de outras disciplinas, assim como desenvolvidos diretamente a partir da prática e pesquisa da própria área. Observa-se que na literatura de Enfermagem, os conceitos foram categorizados de várias maneiras, como por exemplo, descritos em sequência do abstrato ao concreto, como variáveis e não variáveis e /ou definidos operacional ou teoricamente. (MCEWEN; WILLS, 2009)

Visando elucidar a elaboração do conceito “PE”, neste estudo optou-se por utilizar a Análise proposta por Walker e Avant (2005). Para esses autores, ao se construir uma teoria é necessário trabalhar com três elementos básicos (conceito, proposições e teorias) e três estratégias essenciais (derivação, síntese e a análise). Assim, nesta pesquisa, o desenvolvimento de um dos elementos para a construção de uma teoria, o conceito do PE em cenários hospitalares, foi selecionado, pois a base de uma teoria depende da identificação e explicação dos conceitos que a sustentam. Esta opção justifica pois, o conceito PE em cenários hospitalares e seus componentes apesar de já serem estudados na literatura desde a década de 70, ainda estão no centro de um processo equivocado no qual ele é tomado como sinônimo de outras expressões relativas à assistência de enfermagem.

2.1.2 Estratégias para o desenvolvimento do conceito

Na elaboração de um conceito é necessário adotar algumas estratégias. Walker e Avant (2005) afirmam que cada estratégia é única e, interdependente das outras estratégias, pois cada uma delas fornece ao teorista uma informação única. Então, a escolha de qual estratégia será utilizada para iniciar o desenvolvimento do conceito dependerá da avaliação do pesquisador no

que tange à dimensão, o tipo de literatura e os dados disponíveis sobre o fenômeno de interesse do estudo. Neste estudo, as estratégias utilizadas para a elaboração do conceito PE serão a derivação, a síntese e a análise do conceito. (WALKER; AVANT, 2005). Assim as estratégias para a elaboração de um conceito serão abordadas a seguir:

2.1.2.1 DERIVAÇÃO DO CONCEITO

A base da derivação é a analogia ou metáfora, que possibilitam ao pesquisador transpor e redefinir um conceito, uma proposição ou teoria de um contexto de um campo para outros ou entre diferentes áreas de investigação. Primeiramente, o pesquisador deve selecionar um campo de origem com conceitos que mantenham uma analogia com o campo ou com a nova área de investigação. Compreender a natureza análoga entre dois campos distintos pode requerer no primeiro momento, dispor de um tempo para a imersão no campo potencial de origem da investigação.

A derivação também pode ser usada em campos nos quais as teorias existentes tornaram-se obsoletas e perspectivas novas e inovadoras são necessárias. Ao investigar o campo desta pesquisa à procura de uma analogia para auxiliar o desenvolvimento do novo conceito PE, suas definições e conceitos na Enfermagem são redefinidos a partir do campo de origem, criando um novo campo de investigação. A derivação de conceito é mais do que simplesmente aplicar um conceito em uma forma inalterada a um fenômeno no qual ele não tenha sido usado previamente. O significado do conceito deve ser desenvolvido e mudado para se encaixar um fenômeno novo. A finalidade da derivação de conceito é gerar novas maneiras de pensar sobre e olhar para algum fenômeno. Assim, a derivação fornece um vocabulário novo para uma área de investigação através da confiança sobre um relacionamento análogo ou metafórico entre dois fenômenos.

Redefinir é mais do que meramente atribuir uma definição ligeiramente modificada a uma palavra. O tipo de redefinição que ocorre na derivação produtiva do conceito requer que os conceitos derivados estejam ligados ao novo campo, isto é, contar com um campo de origem para mudar para outro campo com suas maneiras de entender e falar. O que faz com que existam duas situações nas quais a derivação de conceito pode ser particularmente útil: (a) em campos ou áreas potenciais nos quais ainda não houve nenhum desenvolvimento de conceito; e, (b) nos campos em que os conceitos atualmente existentes pouco contribuíram para o avanço da investigação sobre o fenômeno de interesse, em termos práticos ou teóricos.

Este estudo está mais aproximado do item b, pois existem muitas definições de PE. No entanto, ressaltamos que, na medida em que houver apropriação da amostra do estudo em sua

totalidade, será realizada uma avaliação sobre a necessidade do uso dessa estratégia, pois no caso do objeto PE seu conceito já existe e é específico da área de conhecimento da Enfermagem, embora na literatura estas definições não estejam suficientemente articuladas a ponto de se articularem para a formação de um único conceito. A estratégia de derivação do conceito é composta por quatro fases:

1. Na primeira, que desenvolve o conceito, o analista necessita tornar-se completamente familiarizado com a literatura existente relacionada ao tópico de interesse. Isto envolve, além de ler a literatura, criticar o nível e a utilidade do desenvolvimento do conceito existente nesta mesma literatura. Se a literatura existente em relação ao tópico de interesse for insuficiente em conceitos relevantes ou, se os conceitos existirem, porém não estimularem o avanço da compreensão sobre o tópico, a derivação de conceito pode ser apropriada, como uma das estratégias para o desenvolvimento de teoria.
2. O analista que desenvolve o conceito deve examinar outros campos à procura de novas maneiras de olhar o tópico do interesse. Este deve ler extensamente para que em ambos os campos descubra similaridade ou a ausência dela. Isto porque, antes de fazer a pesquisa você não pode saber exatamente onde serão encontradas as analogias mais proveitosas. É aconselhável começar escolhendo uma ampla rede. Do ponto de vista prático, é importante que esta etapa seja transcorrida sem pressa, pois frequentemente as analogias emergem ou tornam-se aparentes em horas e em locais inesperados. Nesta etapa, o que conta é a ideia criativa, que pode ser facilitada mantendo-se uma atitude paciente e relaxada, ao não se tentar forçar uma solução imediata.
3. O analista que está realizando a derivação deve escolher um conceito de origem ou um conjunto de conceitos de outro campo para usar no processo da derivação. O conceito do campo de origem deve oferecer uma nova maneira e discernimento ao focalizar o tópico de interesse.
4. Finalmente, o analista que realiza a derivação deve redefinir o conceito ou o grupo de conceitos, a partir do campo de origem, considerando o tópico de interesse. Além disso, se um grupo de conceitos estiver sendo redefinido em relação ao tópico de interesse, este grupo pode fornecer uma taxonomia preliminar para descrever os tipos básicos que compreendam o tópico de interesse. Uma vez que o agrupamento preliminar de definições foi desenvolvido, este agrupamento deve ser submetido aos colegas familiarizados com o tópico de interesse. Qualquer crítica construtiva recebida,

mesmo que seja momentaneamente dolorosa, pode ser muito útil ao refinar mais extensamente o trabalho inicial.

Os conceitos desenvolvidos através da estratégia de derivação podem ser usados, ao menos de duas maneiras, na pesquisa e no desenvolvimento de teoria, a saber: (1) os conceitos derivados podem fornecer conceitos funcionais para o uso na prática clínica, tal como o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem; e, (2) os conceitos derivados podem fornecer esquemas de classificação preliminar do fenômeno de enfermagem para o uso em pesquisas adicionais, no desenvolvimento da teoria, e na prática clínica.

2.1.2.2 SÍNTESE DO CONCEITO

A síntese do conceito baseia-se na observação ou evidência empírica, permitindo ao teórico usar sua experiência clínica para iniciar esta estratégia. Nesta fase, é necessário começar do zero, ao contrário da estratégia de derivação, na qual se utiliza um conceito de um campo de origem para formar um novo conceito em outro campo. A síntese é útil, quando existe a necessidade de explicar alguma coisa classificando-a, ou quando se necessita de conceitos totalmente novos ou novos usos para conceitos antigos. Esta estratégia implica organizar vários elementos de dados num padrão de relacionamento sem ter sido visto claramente antes de formar um conceito totalmente novo.

Sendo assim, a síntese pode adicionar uma quantidade significativa de informação nova a uma dada área de interesse. Ao se utilizar desta estratégia, o teórico precisa inventar uma nova maneira de agrupar ou ordenar informações sobre algum evento ou fenômeno, quando suas dimensões relevantes estiverem obscuras ou forem desconhecidas. Para autores novos, os conceitos evoluem de atividades rotineiras e comuns. Desta forma, um nome é escolhido ou inventado para demonstrar seu significado e permitir a comunicação pertinente sobre ele. O novo conceito precisa ser definido e seus atributos de definição precisam ser delineados, para que o leitor ou o usuário do novo conceito possa determinar o que ele pretende ou não significar.

Todos têm a capacidade de pensar e formar novos conceitos ou categorias, na medida em que as experiências pessoais no mundo ampliam-se ou aumentam. Quando alguém se depara com um novo fenômeno na própria experiência, nem sempre há alguém por perto para dizer o significado do novo conceito. Neste caso, é preciso que o indivíduo dê seu próprio nome para explicar o novo fenômeno.

Na verdade, isto é a formação de conceito, o precursor da síntese do conceito. Para Walker e Avant (2005) existem várias maneiras de sintetizar conceitos: (a) descobrindo novas dimensões de “velhos conceitos”; (b) examinando grupos de conceitos relacionados por

similaridades ou discrepâncias; (c) observando novos fenômenos ou grupos de fenômenos que não tenham sido descritos anteriormente. A síntese do conceito é usada para gerar novas ideias. Ela fornece um método para examinar dados, que pode ser adicionado ao desenvolvimento teórico. Toda vez que um novo fenômeno ou grupo de fenômenos é descrito a partir de dados empíricos ou da literatura, inicia-se um processo de síntese do conceito.

A síntese do conceito pode ser utilizada em: (1) áreas nas quais existe pouco ou nenhum desenvolvimento de conceito; (2) áreas, nas quais o desenvolvimento de conceito está presente, mas não tem um impacto real na teoria e/ou prática; e, (3) áreas nas quais as observações de fenômenos estão disponíveis, mais ainda não estão classificadas ou nomeadas. A pretensão de construir o novo conceito, PE em cenários hospitalares, insere-se majoritariamente nos itens 2 e 3.

Para Walker e Avant (2005) na síntese de conceito, os dados são organizados em um padrão de relacionamento que era invisível, antes da formação de um conceito totalmente novo. As etapas da síntese de conceito incluem: (1) descobrir os atributos de definição do conceito; (2) classificar sem rigidez, os dados adquiridos sobre a área de interesse; (3) procurar por grupos de fenômenos que pareçam relacionar-se ou se sobrepor e combiná-los entre si; (4) examinar os agrupamentos à procura de qualquer estrutura hierárquica e reduzir os agrupamentos tomando por base os grupos que pareçam muito similares, caso eles existam; (5) escolher um nome para o agrupamento que represente o fenômeno com precisão, o que facilitará a comunicação sobre ele; (6) verificar empiricamente o novo conceito e modificá-lo, se necessário; (7) determinar a posição do novo conceito na teoria existente no campo de conhecimento. Vale ressaltar que existem perspectivas distintas e abordagens potenciais que insere o novo conceito na pesquisa e na prática. Se o conceito for muito diferente das posições teóricas vigentes, surge um novo campo de estudo.

Entretanto, para a compreensão do lugar do conceito na teoria existente, pontuado na sétima etapa, torna-se necessário apresentar a questão das proposições. Vale ressaltar que, as considerações referentes às perspectivas e ao potencial do novo conceito construído são apresentadas no final do estudo. Christovam (2009), ao estudar a construção de um conceito sobre gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares optou por utilizar na estratégia da síntese do conceito as abordagens quanti qualitativas destacando:

Os dados para a síntese do conceito podem ser produzidos a partir da utilização das abordagens de pesquisa qualitativa e quantitativa, ou da literatura. Estas abordagens podem ser usadas em separado ou juntas. A síntese qualitativa necessita do uso de dados sensoriais para obter a informação. Essa síntese fala das propriedades dos termos, sem especificar um valor numérico para a quantidade de propriedades. À medida que os dados são coletados, eles são examinados à procura de similaridades

e diferenças. Basicamente, a síntese qualitativa envolve o reconhecimento de padrões entre observações. Na síntese quantitativa são necessários dados numéricos ou estatísticos. Pode-se usar qualquer tipo ou desenho de estudo – experimental ou não experimental, como por exemplo, o caso único, desde que sejam obtidos dados quantitativos sobre o fenômeno de interesse. Os métodos estatísticos podem ser empregados para se extrair grupos de atributos, incluindo um novo conceito. O exame cuidadoso da literatura é necessário na síntese literária, para se adquirir novas perspectivas sobre o fenômeno de interesse. Esse exame pode disponibilizar dados de conceitos previamente desconhecidos para o estudo. A ideia de que a própria literatura pode tornar-se base de dados, é específica para a síntese do conceito de literatura (CHRISTOVAM, 2009, p.39).

Neste estudo, a síntese do conceito Processo de Enfermagem foi realizada para descobrir seus atributos de definição, agrupá-los e nomear um novo conceito para este fenômeno de interesse.

2.1.2.3 ANÁLISE DO CONCEITO

A análise do conceito visa examinar a estrutura e a função de um conceito e seus elementos básicos. É especialmente útil em áreas nas quais existe um corpo de literatura teórica atual. Ela contém em seu interior os atributos ou as características de definição que torna o conceito único em relação a outros conceitos. Saber o que considerar quando se descreve um conceito ajuda a distinguir o conceito de interesse dos conceitos que são similares. Diferente do descrito por Wilson em 1963, este procedimento, que apresentava 11 etapas, foi simplificado por Walker e Avant (2005) em 8 etapas apresentadas a seguir: (1) seleção de um conceito; (2) determinação dos objetivos e propósitos da análise; (3) identificação de todos os usos do conceito; (4) determinação dos atributos de definição; (5) identificação de um caso modelo; (6) identificação dos casos adicionais (limites, relacionados, contrários, inventados e ilegítimos); (7) identificação dos antecedentes e das consequências do conceito; (8) definição de referentes empíricos.

Nesta investigação, o conceito a ser analisado é o de PE em cenários hospitalares, que será preliminarmente construído na estratégia de síntese do conceito. A segunda etapa, a determinação dos objetivos e propósitos da análise, é fundamental para ajudar o pesquisador a focalizar sua atenção no uso exato dos resultados da análise. Quando, como exemplo, iniciar-se a determinação dos atributos de definição operacional do conceito, o pesquisador poderá vir a descobrir diversos usos para um mesmo conceito. Na terceira etapa, a identificação de todos os usos do conceito torna necessária a busca pelos possíveis usos do conceito na literatura e na prática clínica. Entende-se por consequências do conceito, os eventos ou situações resultantes da aplicação do conceito PE em cenários hospitalares.

2.1.3 Pressupostos de análise do estudo

Considerando que os pressupostos de análise de uma investigação são representantes de possibilidades provisórias, frente à necessidade de relativizar a posição que toma a teoria como explicação verdadeira do real (PORTO, 1997), para as reflexões e discussões sobre a temática PE salientadas até o momento e tomando por base as estratégias para a análise de conceito segundo Walter e Avant (2005), foram construídos os seguintes pressupostos de análise para orientar as buscas do estudo e fundamentar as análises a serem desenvolvidas:

- 1) Os aspectos conceituais do PE são familiares para os enfermeiros sendo encontrados tanto na prática assistencial, como na literatura de enfermagem;
- 2) Os componentes básicos do conceito PE são abundantes na literatura de enfermagem; porém, aparecem de forma desarticulada, conflituosa ou pouco organizada e esclarecedora;
- 3) Os enfermeiros não identificam o PE como um processo que se expressa ou emerge na prática profissional e sim, como um processo de trabalho rotineiro e assistemático e/ou difícil de ser operacionalizado;
- 4) Apesar de já estarem familiarizados com a definição do PE, os enfermeiros têm dificuldades para incorporar todas as etapas operacionais na sua prática assistencial;
- 5) Inexiste uma unanimidade no âmbito da Enfermagem sobre o uso do PE, apesar de os enfermeiros reconhecerem sua contribuição fundamental para a qualidade da assistência e para maior visibilidade do seu fazer.

2.1.4 BREVE EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ENFERMAGEM E SUAS CONCEITUAÇÕES TEÓRICAS

A definição mais antiga e conhecida de Enfermagem é de autoria de Florence Nightingale que, em 1859, atribuiu à Enfermagem “a responsabilidade pela saúde pessoal de alguém” afirmando que aquilo que a enfermagem tem a fazer “é colocar o paciente na melhor condição para que a natureza aja sobre ele”. As autoras Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993^a, p.3), destacam conceituações de Enfermagem de autoria de Henderson, Orlando e Rogers, respectivamente:

a) A Enfermagem auxilia a pessoa doente ou com saúde a executar aquelas atividades, que contribuem para com sua saúde ou sua recuperação (ou com uma morte em paz), que ela executaria sem auxílio, caso possuísse a força, à vontade ou o conhecimento necessário.

b) A Enfermagem é provedora da ajuda que o paciente pode solicitar para que suas necessidades sejam satisfeitas, garantido seu conforto físico e mental, tanto quanto possível.

c) *A Enfermagem é uma arte e uma ciência. Identifica a existência de uma base de conhecimentos peculiar, proveniente da pesquisa científica e da análise lógica, que é capaz de ser traduzida numa prática de enfermagem.*

Os autores Iyer, Taptich e Bernocchi - Losey (1993a) apontam a sua própria conceituação da profissão:

A Enfermagem possui o seu próprio corpo de conhecimento, baseado na teoria científica, tendo seu foco sobre a saúde e o bem-estar do cliente, preocupando-se com os aspectos psicológicos, espirituais, sociais e físicos, ao invés de tão somente com a condição médica, diagnosticada [...]. O foco recai sobre as reações da pessoa inteira, interagindo com o ambiente (IVER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993a, p.4).

Nesse sentido, as autoras revelam um entendimento da Enfermagem e da prática do enfermeiro, além das ações técnicas, e até mesmo de uma posição de abnegação e/ou submissão ao saber médico, na medida em que: esclarece o que a patologia ensina e a observação ensina; o que a medicina faz e o que somente a natureza faz. Cabe à patologia somente ensinar o mal que a doença causou, diferente da concepção de Nightingale (1989, p.146) para quem “nada senão a observação e a experiência nos ensinarão a maneira de manter ou de recuperar a saúde”.

Faz-se uma analogia entre a medicina, que se incumbe como a cirurgia, das funções e da verdadeira cirurgia, que se refere a órgãos e membros. Nenhuma das duas pode fazer algo, a não ser a remoção de obstruções, já que somente compete à natureza a cura (NIGHTINGALE, 1989). Nessa busca do que é e do que não é da competência do enfermeiro, Florence inicia um princípio e a significação do processo de investigação em enfermagem, pois considerou a etapa de observação, anotação e comunicação de sintomas e fatos relacionados com o estado dos pacientes (CARVALHO, 1971, p.41). Desde então, a Enfermagem passou por uma revisão científica, na qual teóricos como Nightingale e outras mais contemporâneas examinaram as relações entre o homem, a saúde, o ambiente e a Enfermagem (TIMBY, 2007).

Neste processo, o saber da Enfermagem passou por etapas distintas que vão do rompimento com o modelo religioso, do enfoque técnico à busca dos princípios científicos, da utilização do método científico para o planejamento da assistência até a formulação de concepções teóricas que dessem conta da complexidade que envolve o cuidado. Assim, Porto e Figueiredo (1999, p.58) afirmam que é no período compreendido entre o final do século XIX e o início do século XX que se estabelece o cuidado científico, pois os fundamentos das ciências da saúde, da ecologia ambiental, da sociologia e de outras ciências passaram a ser incorporados como pressupostos para a profissão. Neste período, o fazer da Enfermagem foi enriquecido com os princípios científicos, com adoção da metodologia científica (resolução de problemas e PE), elaboração de teorias de enfermagem e tecnologias complexas para a manutenção da vida.

Ressalta-se que a Enfermagem tem mais de um século de existência, mas suas teorias foram desenvolvidas a partir da década de 50 do século XX. Assim, embora desde meados do século XIX, Nightingale já ressaltasse uma distinção entre o conhecimento da Enfermagem e o da Medicina, somente a partir da segunda metade do século XX é que foram iniciados os estudos para o desenvolvimento, articulação e comprovação das teorias de Enfermagem.

A palavra teoria tem origem grega, “θεωρία”, do verbo “theorein” ou “*theoria*” que significava contemplar, olhar, especular, examinar, trata-se de conhecimento descritivo que permite especulações, contudo puramente racional. Com a evolução da linguagem e, conseqüentemente, do significado das palavras, passou a ser o conjunto de princípios fundamentais de uma arte ou de uma ciência, ou a opinião sintetizada e princípios que precisam ser comprovados. Teoria é uma noção geral de hipóteses sobre qualquer fenômeno não conhecido (MORAIS, 2004). Para Japiassú (1992_a) é um modelo explicativo de um fenômeno ou conjunto de fenômenos que pretende estabelecer a verdade sobre esses fenômenos e determinar sua natureza. Conjunto de hipóteses sistematicamente organizadas que pretende, através de sua verificação, confirmação, ou correção, explicar uma realidade determinada.

Houaiss e Villar (2001, p.2697) complementa este significado afirmando que a teoria é um estudo cujo objetivo é determinar a natureza, as características gerais e o alcance do conhecimento humano, refletindo a respeito das relações entre sujeito e objeto, polos tradicionais do processo cognitivo e, também, epistemológico. Se observarmos o que um teorista realmente faz, poderemos verificar que teoria e fatos da realidade estão intimamente ligados. É na dinâmica da constatação de fatos do mundo empírico e formulação de teorias e marcos conceituais que se desenvolve uma ciência.

As teorias estão sempre se desenvolvendo, à medida que novas informações são descobertas ou verificadas a respeito de conceitos específicos por meio de abordagem de pesquisa indutiva e dedutiva. As teorias próprias da Enfermagem apresentam a diferença desta disciplina com as demais, refletem visões específicas da pessoa, saúde e de outros conceitos que contribuem para o desenvolvimento de um corpo de conhecimento específico de assuntos de Enfermagem. As primeiras teorias de Enfermagem surgem nos anos 50 para satisfazer as necessidades de descrever, explicar e prever um referencial próprio da Enfermagem. E desde então, modelos teóricos e conceituais são elaborados com a finalidade de sistematizar os conhecimentos, conceitos e terminologia (CAMPEDELLI, 1992).

As teorias de Enfermagem representam atualmente, os esforços coletivos e individuais dos enfermeiros para definir e dirigir a profissão e proporcionar a base para um desenvolvimento teórico continuado. Elas mostram diferentes modos de pensar a sua prática. É necessário que os

enfermeiros façam a opção por uma teoria e, ao fazer, que realizem a adequação e aplicabilidade à situação de enfermagem em que será utilizada. O resultado final do cuidado prestado deverá refletir o marco conceitual proposto, além de servir para confirmar e testar os conceitos formulados ou objetiva mesmo dar-lhes novos direcionamentos e/ou reconstruções (BRANDALIZE; ZAGONEL, 2007). Para estas autoras, o marco conceitual constitui um referencial teórico que direciona e fundamenta a prática por meio do PE a fim de descrever, classificar e relacionar fenômenos de uma forma organizada e coerente.

Leopardi (1999, p.26) reforça tais colocações ao destacar que as teorias sobre os modos de fazer e pensar constitui uma parte fundamental da identificação de uma profissão, uma vez que elas fornecem as bases para consolidar sua identidade. Busca-se identificar através das teorias, o objeto de trabalho, a finalidade profissional, seus instrumentos, projetando ações de forma sistemática.

O uso de referências, como eixos norteadores para o agir e o pensar de um profissional, é bastante enfatizado na literatura, principalmente, a estrangeira, na qual são apresentadas várias teoristas que apontam diversas formas de considerar a Enfermagem e direcionar sua assistência. Analisando a evolução da Enfermagem, desde Florence Nightingale até 1950, observa-se que se caracteriza como uma disciplina eminentemente prática avançando para a busca de sistemas de conceitos. (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993b; TIMBY, 2007; NANDA, 2013).

Neste sentido, nos Estados Unidos essa tendência cresceu a partir da necessidade de confirmação da Enfermagem como uma disciplina científica. A definição mais recente de Enfermagem é a da *American Nurses Association* (ANA) que, refletindo sobre a evolução histórica da profissão e sua base teórica, em 1979, atribuiu o conceito: "a Enfermagem é o diagnóstico e o tratamento das reações humanas a problemas reais ou potenciais de saúde" (GORDON, 1994, p.35-44; CRUZ, 2008, p.165-68). Independente do ambiente em que o cuidado de enfermagem é realizado, os fenômenos de particular interesse para a Enfermagem são as respostas de indivíduos, famílias e comunidade aos problemas que podem ser reais ou potenciais (ICN, 1999). A necessidade de julgar que respostas essa clientela demanda fundamenta o planejamento do cuidado profissional de enfermagem no interior de uma metodologia assistencial e, portanto, incluindo o PE.

Segundo Lima (1994), a Enfermagem deve ser compreendida como uma ciência humana, de pessoas que convivem e cuidam de outras. É uma profissão dinâmica, sujeita a transformações permanentes e que, continuamente, incorpora reflexões sobre novos temas, problemas e ações. Seu princípio ético é o de manter ou restaurar a dignidade do corpo em todos os âmbitos da vida. Para tanto, a Enfermagem possui seu próprio corpo de

conhecimentos baseados na teoria científica, tendo como foco a saúde e o bem-estar do paciente, e como objetivo assistir às pessoas, ajudando-as a atingir seu potencial máximo de saúde durante o ciclo de vida. Enquanto uma profissão que busca desenvolver sua ciência, a Enfermagem continua profundamente envolvida na identificação de uma base de conhecimento própria e singular. Nessa identificação, inúmeros conceitos, modelos e teorias específicas da Enfermagem estão sendo reconhecidos, definidos e desenvolvidos.

Ao construir o conhecimento científico, os enfermeiros selecionam conceitos relevantes para a Enfermagem e identificam as características e as validam na prática e pesquisa. Um método para construir o conhecimento de enfermagem é a identificação de conceitos relevantes que descrevem a estrutura da disciplina em um contexto específico de aplicação prática, mediante o desenvolvimento e validação de conceitos. As teorias fornecem um método para descrever, explicar e prever fenômenos, que fortalecem as bases científicas da Enfermagem (BRANDALIZE; ZAGONEL, 2007). Embora os conceitos, modelos e teorias já estejam publicados em grande quantidade de periódicos e livros, ainda existe uma necessidade de estes serem agrupados e aplicados à prática de enfermagem, através da metodologia da assistência (GEORGE, 2000, p.11).

A literatura revela que os enfermeiros estão cada vez mais preocupados em garantir uma assistência de qualidade para os pacientes, ao buscarem na sistematização das atividades de enfermagem o respaldo para a implementação e avaliação dessa qualidade. Essa sistematização deve ser compatível com as necessidades do paciente, família e comunidade, podendo fundamentar um processo formal de avaliação, exercer um maior controle sobre o resultado das ações de enfermagem e assegurar a manutenção e implementação de uma assistência de qualidade.

2.1.5 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO PE E SUAS DEFINIÇÕES

O termo *processo de enfermagem* tem representado o principal modelo ou instrumento metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional ao longo dos anos. Na década de 20, nos Estados Unidos, antecedendo a proposta formal do PE, Orlando, várias teóricos afirmavam que a Enfermagem era um processo que servia para guiar o ensino dos enfermeiros. Desde esta época existem referências à identificação dos problemas de enfermagem do paciente e de como esta identificação é essencial para a profissão.

Seguindo os desdobramentos históricos, a organização do cuidado foi descrita sob a forma de estudos de casos a partir de 1929. E, após 1945, os estudos de casos deram lugar aos planos de cuidados, considerados como as primeiras expressões do PE. Na década de 1950,

Abdellah produziu um trabalho norteado pelo pressuposto de que os enfermeiros precisavam voltar a posicionar o cuidado no centro (TANNURE; GONÇALVES; CARVALHO, 2008). Segundo Pesut e Herman (1999), este cuidado foi projetado para organizar o pensamento, de tal modo que os problemas dos pacientes identificados pela Enfermagem pudessem ser antecipados e solucionados de modo rápido. Aplicando esse modelo, identificavam-se os problemas e os procedimentos para então, resolvê-los.

Na evolução histórica, alguns autores citam o trabalho de Pesut e Herman (1999) que distinguiram três gerações do PE, as quais foram definidas nos períodos de 1950 a 1970; de 1970 a 1990, e de 1990 em diante (JESUS, 2002; TANNURE; GONÇALVES; CARVALHO, 2008; CRUZ, 2008). A primeira geração do PE (1950-1970) centrou o foco na identificação de problemas do paciente e estrutura para organizar o pensamento na identificação de problemas dos pacientes e solução. No ensino, as estudantes começaram a identificar os problemas com base na avaliação do paciente. Como exemplo desse modo de pensar surgiu a lista dos 21 problemas de enfermagem, elaborada por Abdellah em 1960, que deveriam ser o foco do cuidado de enfermagem. Já Henderson em 1966, descreveu 14 áreas de necessidades humanas básicas. A partir daí, foram desenvolvidos vários métodos distintos para o estudo e a identificação do PE, que era constituído de três fases até 1967, quando houve a descrição de quatro fases (TANNURE; GONÇALVES; CARVALHO, 2008).

A publicação de Orlando com a expressão *processo de enfermagem* surgiu na literatura pela primeira vez em 1961, como uma proposta de sistematizar a assistência de enfermagem, tendo como fator primordial o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente, tendo como seus componentes: o comportamento do paciente, a reação do enfermeiro e sua ação (CAMPEDELLI, 1992, p.16). Em 1963, Bonney e Rothberg, embora sem citar o PE, empregaram seus termos e apresentaram as seguintes fases: dados sociais e físicos; diagnóstico de enfermagem; terapia de enfermagem; e prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979, p. 37). Em 1967, Yura e Walsh foram as autoras que descreveram o PE em quatro fases: histórico, planejamento, implementação e avaliação (IYER; BERNOCCHI-LOSEY, TAPTICH, 1993_b).

Na segunda geração do PE (1970-1990) surgiram na literatura, a etapa do diagnóstico e o uso do raciocínio na tomada de decisões. Em 1973, ocorreu a primeira Conferência sobre Diagnóstico de Enfermagem em Saint Louis, nos Estados Unidos. Esta Conferência deu ênfase à fase diagnóstica e aos processos de pensamento para lidar com as informações dos pacientes e para tomada de decisões clínica (CRUZ, 2008). Neste período, o PE foi uma referência para planejar e avaliar o cuidado de enfermagem e foi descrito na literatura com cinco fases sequenciais e inter-relacionadas coerentes com a natureza evolutiva da profissão: histórico,

diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Essas fases integraram as funções intelectuais da solução de problemas, num esforço para definir as ações de enfermagem.

Naquele momento, o processo caracterizava-se como intencional, dinâmico, interativo e flexível, tendo como base as teorias de enfermagem. Neste período a Associação Americana de Enfermeiras (ANA) passou a considerar as seguintes etapas no PE: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, estabelecimento dos objetivos do plano de cuidados, ações de enfermagem, renovação da coleta de dados e revisão do plano (TANNURE; GONÇALVES; CARVALHO, 2008; CRUZ, 2001).

Na terceira geração do PE (1990 até a atualidade), surgiram novos modelos com valorização das classificações de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, com inclusão de um vocabulário para o raciocínio clínico na Enfermagem e avanços nos estudos sobre as classificações de enfermagem e com enfoque destacado para os resultados de cuidados de enfermagem (CRUZ, 2008).

No Brasil, a divulgação do PE foi iniciada na década de 70, por Wanda de Aguiar Horta sendo o seu impacto observado por meio da aplicação de seu método no ensino e na pesquisa, com influência até os dias atuais. Vale destacar sua visão de enfermagem, através da divulgação de seu trabalho intitulado “Contribuição para uma teoria de enfermagem” (CAMPEDELLI, 1992, p. 16; HORTA, 1979, p. 267; MARIA; ARCURI, 1991, p. 6; SHIOTSU, 1991, p.175).

Ao se buscar um paralelo sobre o processo evolutivo do PE no Brasil em relação aos Estados Unidos, é possível identificar dois momentos distintos e coexistentes: em algumas áreas do país a fase do PE é similar à fase da primeira geração do PE. Em outras áreas do país, a fase do PE aproxima-se da fase da segunda geração, pois os estudos apontam para o fato de as discussões sobre o assunto não terem consequências, pois existem vários entendimentos sobre o PE, apontando para “a necessidade de melhor esclarecer uma definição do processo de enfermagem quando embarcamos em discussões sobre o assunto” (CRUZ, 2008, p. 27).

2.1.6. (RE) DEFINIÇÕES OU (IN) DEFINIÇÕES DE PE

O PE é um método organizado para prestar cuidados de enfermagem individualizados, enfocando as respostas humanas de uma pessoa ou de grupos a problemas de saúde reais ou potenciais (CIANCIARULLO, 2005). É um instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prognosticar como o paciente responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, além de determinar os aspectos dessas respostas, para as quais necessita de cuidado profissional, a fim de alcançar resultados relativos às ações dos profissionais responsáveis (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

O PE constitui uma atividade intelectual deliberativa que auxilia o enfermeiro na tomada de decisões, cujo foco reside na obtenção dos resultados esperados. Atualmente, este método é desenvolvido em cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes, caracterizando-se por ser intencional, sistemático, dinâmico, interativo, flexível e baseado em teorias (ALMEIDA, 2004). O PE possui as seguintes etapas: o histórico de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, a prescrição de enfermagem, o plano de cuidados e o prognóstico. Assim, se realizadas concomitantemente, as medidas próprias de cada fase resultarão em intervenções mais satisfatórias para o paciente.

Um aspecto importante em relação a SAE e ao PE diz respeito à divulgação do conhecimento, pois o desenvolvimento científico e tecnológico vem causando transformações constantes nos ambientes de trabalho e conseqüentemente exigindo dos profissionais adaptarem-se às mudanças e aos recursos interativos e de bases de formação, o que o impulsiona nos processos da geração e divulgação de conhecimento, contribuindo para elevar a qualidade da prática da enfermagem (GUIMARÃES; GODOY, 2009).

O primeiro passo para a implantação da SAE é, segundo nosso modo de entender, selecionar uma teoria de enfermagem que irá direcionar as demais etapas da sistematização da assistência. Isso precisa ser feito de maneira bem refletida, cuidadosa, pois uma escolha equivocada pode ser danosa para as demais etapas do processo. (TANNURE; GONÇALVES, 2011, p.3)

Ao se caracterizar o conhecimento sobre a SAE nas instituições de saúde no Brasil, pode-se observar que há interesse por parte dos enfermeiros, em divulgar o PE. O estudo de Nascimento et al. (2012), o qual objetivou apresentar uma revisão integrativa da literatura, do conhecimento produzido sobre a SAE através do PE em pacientes oncológicos cujos critérios para inclusão foram estudos disponíveis em texto completo nas bases de dados indexadas selecionadas, com estudos publicados na língua portuguesa e realizados no Brasil, em função da realidade social e econômica da população e sem restrição de data de publicação apontou:

(...) os intervalos entre as publicações apresentam-se de forma irregular, sendo observado que gradativamente os enfermeiros apresentam interesse no assunto. Embora o PE seja um tema debatido há muito tempo, convém ressaltar que publicações científicas acerca da SAE são recentes, o que reflete nos estudos encontrados. “Nesse sentido, foram encontradas apenas produções científicas produzidas nos últimos dez anos” (NASCIMENTO et al., 2012, p.180).

Para alguns autores esta é uma questão semântica complexa uma vez que, na literatura brasileira, diversas denominações são utilizadas como sinônimos:

Na análise do termo “processo de enfermagem”, embora alguns autores considerem o conceito de “SAE” como distinto,, a maioria considera como sinônimos. Entretanto, nem sempre apresentam abordagem unificada em relação aos termos usados, apresentando alguns como sinônimos (SAE, assistência e intervenção de enfermagem), além de estudos que se dirigem ao PE apenas como uma de suas etapas (SALOMÃO, AZEVEDO, 2009, p.695).

(...) reconhecendo a SAE como forma de organização e orientação do cuidado de enfermagem; percebendo a SAE como garantia do cuidado prestado; percebendo a SAE como instrumento de satisfação do paciente. As metodologias de cuidado, sejam quais forem as suas denominações, representam, atualmente, uma das mais importantes conquistas no campo assistencial da enfermagem (NASCIMENTO, et al., 2008, p.646).

Primordialmente, há um conflito entre três correntes de pensamento nacionais associada à SAE o que torna a relação teórico-prática desarticulada na literatura. A primeira corrente tendo a SAE, Metodologia da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem como termos distintos, a segunda como equivalentes, e a, terceira como termos sinônimos (PEREIRA et al., 2009, p.5692).

Autores buscam reforçam esta posição ao afirmarem a definição da SAE e o propósito do PE:

Define-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como uma atividade privativa do enfermeiro, que, através de um método e estratégia de trabalho científico, realiza a identificação das situações de saúde, subsidiando a prescrição e implementação das ações de Assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade (OLIVEIRA et al., 2015, p.354).

A essência da enfermagem é o cuidar e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a metodologia usada para planejar, executar e avaliar o cuidado, constituindo ferramenta fundamental ao trabalho do enfermeiro (CHAVES; SOLAI, 2013, p.13).

Garcia e Nóbrega (2009, p.233) discutem as definições dos três termos: metodologia do cuidado de enfermagem, o processo de enfermagem e a sistematização da assistência de enfermagem, com base na Resolução COFEN n.º 272 / 2002:

A utilização desses termos na prática profissional tem favorecido o entendimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem, da Metodologia da Assistência de Enfermagem e do Processo de Enfermagem ora como termos distintos, ora como termos equivalentes e ora como sinônimos. Concordamos que a Sistematização da Assistência de Enfermagem, Metodologia da Assistência de Enfermagem e o Processo de Enfermagem são termos distintos e, portanto, têm significados diferentes. (...) A Sistematização da Assistência de Enfermagem é entendida como a organização do trabalho da Enfermagem, quanto ao método, pessoal e instrumentos, a fim de tornar possível a realização do Processo de Enfermagem. A Metodologia da Assistência de Enfermagem é o caminho, um modo de conduzir o trabalho com uma lógica, sendo um dos elementos da SAE, e deve ser baseada em uma teoria de enfermagem a ser utilizada na prática. E assumimos que PE é um instrumento metodológico, que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como nossa clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar que aspectos dessas respostas exijam uma intervenção profissional de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2009, p.233).

As diversas definições atribuídas ao PE indicam sua abrangência, permitindo o seu alcance sobre a prática profissional, assegurando a identificação dos padrões de cuidados de enfermagem e a garantia de um atendimento de qualidade. O seu uso traz, portanto, benefícios para o paciente e contribui para uma maior satisfação do enfermeiro, na medida em que intensifica o crescimento profissional. Para que a enfermagem atue eficientemente e seja

reconhecida como ciência, é necessário que desenvolva uma ampla estrutura teórica e um método de trabalho. Esse método é denominado "processo de enfermagem". Segundo Horta (1979), o PE representa uma forma metodológica de assistência fundamentada em princípios científicos. Independentemente da teoria adotada para guiar esta metodologia, o processo sempre resulta na descrição de um método organizado em etapas. Estas etapas estão dispostas em ordem e inclui o histórico de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento da assistência, o plano de cuidados, a evolução de enfermagem e, o prognóstico de enfermagem.

Segundo Alfaro e Lefevre (2010) o número de fases ou etapas em que se organiza o PE varia de quatro a seis, de acordo com diversos autores. Esta divergência de opiniões se dá em virtude do entendimento da etapa referente ao diagnóstico de enfermagem de se tratar de uma das etapas distintas do PE ou de ser considerada como uma parte incluída na primeira etapa do PE denominada histórico de enfermagem. Ressalta-se que essa divisão em etapas é útil para fins didáticos sendo que, na prática, o PE deve ter suas etapas integradas e inter-relacionadas. Algumas enfermeiras brasileiras fundamentadas em Horta (1979) apresentaram interesse em sistematizar a assistência de enfermagem através do PE. Posteriormente, surgiram novas propostas de conceitos e aplicações do PE como, por exemplo, os trabalhos desenvolvidos por Daniel (1977) e Paim (1986). Desde então, a aplicação do PE possibilitou várias abordagens, de acordo com a especificidade determinada pela área na qual era aplicado, quer pela característica dos pacientes a serem assistidos, quer pelos recursos humanos e materiais disponíveis (CAMPEDELLI, 1992).

A estrutura do processo aplicada à prática de enfermagem permite que fundamentos teóricos sejam implementados de modo a atender ao paciente, à família e comunidade. A literatura apresenta conceituações do PE influenciadas por várias concepções teóricas e/ou operacionais. Assim, o PE pode ser compreendido como:

(...) a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano, caracterizando-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos, que são representadas graficamente, por um hexágono, em cujos vértices situam-se as fases: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem, estando no centro desse hexágono o indivíduo, a família e a comunidade (HORTA, 1979, p.35).

(...) um método através do qual são aplicados na prática os fundamentos teóricos da Enfermagem. É uma abordagem deliberada de solução de problemas, que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais. Ele está voltado à satisfação das necessidades do sistema compreendido entre o cliente, a família e a comunidade, podendo ser organizado em cinco fases, histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (IYER; BERNOCCHI - LOSEY, 1993a, p.15).

(...) instrumento sistematizado para o desenvolvimento de um estilo de pensamento que direciona os julgamentos clínicos necessários para o cuidado de enfermagem

adequado. Prevê assistência pautada na avaliação do paciente, na identificação de diagnóstico de enfermagem, que direcionem e definem metas a serem alcançadas (CRUZ, 2008, p.29).

(...) um processo é um conjunto de ações que levam a determinado resultado, e o PE é uma sequência organizada de etapas, utilizadas pelos enfermeiros para identificar e controlar os problemas de saúde dos pacientes. Envolve sete características distintas: aspectos éticos e legais; capacidade de identificar e solucionar problemas através do pensamento crítico; planejamento das etapas de forma sistemática; cuidados centrados nas reais necessidades do cliente, família e comunidade; determinação de metas envolvendo toda a equipe para o alcance dos resultados; estratégias para determinação de prioridades e dinamismo nas ações pelo do estado de saúde de qualquer indivíduo estar constantemente mudando (TIMBY, 2007, p.38-39).

De acordo com Tannure, Gonçalves e Carvalho (2008) a ciência da enfermagem está baseada em uma ampla estrutura teórica, e:

(...) o PE é uma das ferramentas por meio da qual essa estrutura é aplicada à prática da enfermagem, ou seja, é o método de solução de problemas do cliente. Nesse método as atividades de enfermagem incluem a realização do histórico, diagnóstico, planejamento, tratamento e avaliação das respostas observadas, tanto nos indivíduos doentes, quanto nos saudáveis. As intervenções de enfermagem podem ser direcionadas ao controle das respostas a um problema de saúde real ou à prevenção de um problema de saúde num cliente em risco (TANNURE; GONÇALVES; CARVALHO, 2008, p.17).

O PE, quando praticado como forma de investigação, leva o enfermeiro a desenvolver um estilo de pensamento que direciona julgamentos, em forma de diagnóstico de enfermagem, fornecendo uma base segura para a assistência de enfermagem (ROSSI; DALRI, 1993, p. 341). Envolve as dimensões de pensar, sentir e agir em relação a uma pessoa que precisa de cuidados, e ainda, é o instrumento para a sistematização da assistência de enfermagem- SAE. É, portanto, referência para a prática profissional, uma atividade intelectual, que inclui etapas inter-relacionadas e interdependentes como descritos por Carpenito-Moyete (2011, 2013) e Alfaro e Lefevre (2005), e são essenciais para assistência de enfermagem:

Almeida et al (2009) refere que em todas as áreas de atuação existem formas organizadas para atingir objetivos, e que na enfermagem, tal forma se dá por meio do PE. Este é um método que organiza e sistematiza as ações de cuidado e saber da enfermagem possibilitando a aplicação dos fundamentos teóricos de enfermagem na prática do cuidado individual.

O PE gera uma bagagem de registro sobre o cuidado de enfermagem e, portanto, é um caminho para desenvolver o conhecimento da enfermagem, por meio de pesquisas que fundamentem e corrobore esses cuidados. Podemos dizer que por meio do PE, o enfermeiro tem acesso à informação clínica, e este processo se dá com base em concepções de cuidado e estruturas teóricas. As concepções teóricas envolvidas direcionam a prática de enfermagem.

A sistematização do PE, seja ela informatizada ou não, é o instrumento-chave que a instituição utiliza para atrair o profissional para seu objeto prático e científico - o cuidado humano, por isso deve ser organizado no sentido de facilitar o raciocínio que conduz à prática e avaliação desta prática (SILVA, 2001). Dentre as fases do processo, a coleta de dados ou o histórico de enfermagem tem um importante destaque já que reúne as informações necessárias para as inferências diagnósticas e para o estabelecimento das metas de enfermagem, por isso deve ser construído em uma estrutura que facilite o raciocínio clínico e a interpretação dos dados levantados (CRUZ, BRAGA, 2003).

Segundo Corona e Carvalho (2005) a ciência da enfermagem fundamenta-se em uma base teórica ampla, o PE, método que permite aplicar essa base teórica do exercício da profissão, como estratégia para resolução de problemas, fundamentada em uma reflexão que exige capacidades cognitivas, técnicas e interpessoais para responder às necessidades do paciente, família e comunidade. O significado atribuído ao PE e o modo como ele é aplicado à prática profissional são dinâmicos, modificando-se ao longo do tempo e de acordo com os diferentes cenários da prática assistencial. Pesut e Herman (1999) afirmam que podem ser identificadas gerações distintas do PE, cada uma delas influenciada pelo estágio do conhecimento e pelas forças atuantes que lhe são contemporâneos.

Parece ser oportuno olhar atentamente para o trabalho da enfermagem, porque é a prática, sua organização e operacionalização, que se constitui sempre em materialidade da teoria. À medida que se vai consolidando o corpo teórico profissional, firma-se sua natureza e, desse modo, se adquire confiabilidade e respeito perante a sociedade. Assim, “cabe aos enfermeiros esta análise na tentativa de refletir e buscar a natureza e o domínio da enfermagem, destacando concepções sobre o processo de cuidar e seu significado na vida das pessoas que buscam os sistemas de saúde atuais”².

A prática assistencial do enfermeiro baseada em um marco conceitual ou concepções teóricas, ainda que não essencialmente próprias da enfermagem, possibilita ampliar espaços para “o reconhecimento da natureza do trabalho dos profissionais e sua delimitação como campo do saber humano” (LEOPARDI, 1999, p.58). O uso sistemático de teorias ou concepções teóricas possibilita uma estrutura e uma disciplina relacionada à atividade, além de propiciar um “arcabouço para ensinar os estudantes da enfermagem profissional à maneira de fundamentar a prática no conhecimento” (GEORGE, 2000, p.315).

Assim, a Enfernagem precisa ter uma linguagem padronizada que permita a ela uma

² Grifo do autor.

comunicação segura, eficiente e concisa. Porém, não podemos esquecer que, sem um entendimento conceitual dos termos que representam suas práticas profissionais essa padronização não tem sentido.

2.2. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

2.2.1 Natureza do estudo

O estudo descritivo teve como proposta metodológica a abordagem qualitativa, na qual se privilegia a interpretação dos fenômenos e atribuição de significados. Esta abordagem de estudo, inicialmente, não requer a quantificação dos dados nem o uso de métodos e técnicas estatísticas, isto é, os dados são gerados e analisados a partir da perspectiva dos sujeitos envolvidos no processo da pesquisa, para os quais há um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade que não pode ser traduzido em números. O processo e seu significado são os focos principais desta abordagem com o intuito de se revelar a dinâmica e o ponto de vista de quem vivencia a problemática (KAUARK; MANHAES; MEDEIROS, 2010).

A pesquisa qualitativa permite compreender melhor o fenômeno investigado, exige uma completa reflexão da experiência vivenciada, assumindo uma posição estratégica para traçar caminhos para que as ciências sociais, a Enfermagem e outras áreas possam concretizar tendências, no sentido de transformar realidades que precisam ser superadas. (FLICK, 2009, p.37). Embora esta pesquisa não trabalhe com dados coletados / produzidos pelos sujeitos especificamente para ela, ao considerar textos de produções científicas como dados a serem coletados, eles mostram um posicionamento do autor consciente ou inconscientemente exprimido. Assim, os textos foram considerados como expressões de sujeitos de pesquisa, mesmo que adotem uma linguagem específica que é a linguagem científica.

Na primeira etapa deste estudo, no processamento de dados da literatura sobre o processo de enfermagem foi utilizada análise quantitativa. Esta análise se caracteriza pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de dados, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas. A pesquisa com uso de análise quantitativa também pode ser apresentada como “semântica quantitativa e análise de conteúdo” trabalhando e mensurando dados de uma base textual. Este método é frequentemente aplicado nos estudos descritivos (aqueles que procuram descobrir e classificar a relação entre variáveis), os quais se propõem a investigar “o que é”, ou seja, descobrir as características de um fenômeno como tal (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008; RICHARDSON, 2012).

Seguindo esta linha de raciocínio, um dos pressupostos no delineamento da tese é o de que as propriedades distintas do PE ou os domínios da Enfermagem não têm sido claramente definidas e reconhecidas pelos enfermeiros no dia a dia da prática profissional. Segundo Trentini e Paim (2004, p. 29), a prática assistencial de enfermagem encontra um instrumento útil em seu cotidiano de trabalho, na qual se torna possível aprender e refletir sobre o fazer pesquisando e repensando as implicações teóricas e práticas desse fazer, o que se enquadra nos objetivos deste estudo. O processamento dos textos considerados resultou na formação de um corpus de dados usados nas fases de operacionalização das estratégias de derivação e síntese do conceito.

2.2.2 Aspectos Éticos da pesquisa

Os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos contidos na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde não se aplicam nesta pesquisa (BRASIL, 2012). Ela tem uma base literária de domínio público, pois trabalha com produções científicas publicadas em periódico disponíveis na internet, bibliotecas públicas, bibliotecas institucionais, dentre outras. O pesquisador principal comprometeu-se a manter a autenticidade das ideias, conceitos e definições dos autores dos estudos utilizados na pesquisa, preservando todos os direitos autorais de acordo com a Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998). Os resultados desta pesquisa serão divulgados através da publicação de artigos científicos e apresentação de trabalhos em diversos eventos científicos na área de interesse.

2.2.3 Coleta, amostra do estudo e tratamento dos dados

Visando atender os objetivos do estudo, cabe esclarecer que a Análise de Conceito foi operacionalizada através da aplicação das estratégias selecionadas para o desenvolvimento sistemático do conceito *Processo de Enfermagem*, ou seja, a derivação do conceito, síntese do conceito e, análise do conceito. Estas estratégias são agora apresentadas de maneira integrada aos aspectos operacionais desta metodologia.

2.2.3.1 ESTRATÉGIA DE DERIVAÇÃO DO CONCEITO

Na operacionalização da estratégia de derivação do conceito foram utilizadas as seguintes questões norteadoras para orientar a derivação de conteúdos sobre o PE, que orientarão posteriormente à elaboração do novo conceito *Processo de Enfermagem*:

1. Que ideias encontradas na literatura envolvem conteúdos sobre o PE?
2. Como este conceito pode ser elaborado a partir da literatura?

3. Quais as características ou os atributos do conceito PE encontrados na literatura?

Nesta parte, a coleta de dados para compor o universo desta investigação relacionou-se à base literária que trata o tema PE. O levantamento dos textos científicos considerou as produções científicas que estavam disponíveis nas bases de dados científicas e eletrônicas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), da Base de Dados de Enfermagem (BDENF), da Scientific Electronic Library (SciELO) e da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), todas da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), bem como derivadas de busca manual em periódicos, teses e dissertações. Também, com a finalidade de levantar o tema proposto em fontes internacionais foram incluídas as bases eletrônicas da *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) acessada através do portal da Public Library of Medicine (PUBMED) e a base eletrônica da Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL).

Gil (2008) dá destaque à seleção de bases bibliográficas explicando que os artigos publicados em periódicos constituem o meio mais importante para a comunicação científica de determinada área de conhecimento. Graças a eles é que a comunicação formal dos resultados de pesquisas originais e a manutenção do padrão de qualidade na investigação científica vêm se tornando possível. Para Oliveira, Gomes e Marques (2005), a publicação de artigos em periódicos representa parte relevante do fluxo de informação originado da pesquisa científica.

Para a realização do levantamento bibliográfico nas bases de dados eletrônicos da BIREME (SciELO, BDENF e LILACS) foram utilizados os seguintes descritores por assunto no idioma português: “processos de enfermagem”, “registros de enfermagem”, “planejamento da assistência ao paciente” e “assistência hospitalar”. Os termos “sistematização da assistência de enfermagem”, “assistência em enfermagem”, “metodologia da assistência” e “planejamento da assistência de enfermagem” não são reconhecidos como descritores, mas como palavras-chave e/ou termos, que também foram considerados na análise dos textos selecionados para compor o universo da amostra.

Foram levantados artigos nas bases de dados da PUBMED e CINAHL, no idioma inglês, com os descritores: “nursing process”, “nursing records”, “nursing care”, “patient care planning” e “care hospitals” and “hospital assistance”. Para o idioma espanhol os descritores selecionados foram “proceso de enfermería”, “los registros de enfermería”, “atención hospitalaria”, “la planificación de la atención al paciente” e “asistencia hospitalaria” nas bases (SciELO e LILACS).

A seleção da amostra ocorreu em três momentos: (1) levantamento inicial das publicações nacionais de textos para compor o estado da arte entre 2000 e 2012; (2) realização de nova busca das publicações em bases de dados *online* disponíveis com textos completos para atualização do recorte temporal, período de 2000 a 2014, e inclusão do resultado do levantamento de publicações nos idiomas espanhol e inglês na amostra; e, (3) posteriormente, durante o segundo semestre de 2013 e primeiro semestre de 2014, quando o levantamento bibliográfico foi realizado no banco de teses e dissertações no portal eletrônico da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES). Para análise dos textos nas bases literárias para a seleção da amostra deste estudo foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

- a) Pesquisas científicas com foco no tema PE, que atendiam a classificação dos seguintes tipos de estudos: artigos originais de pesquisa com abordagens qualitativa e quantitativa, artigos de revisão, artigos de reflexão, artigos de atualização, artigos com relatos de experiência, artigos com ensaios teóricos e editoriais; além disso, foram incluídas dissertações de mestrado e teses de doutorado no portal eletrônico de teses da CAPES, com resgate de seus textos completos posteriormente.
- b) Pesquisas científicas com disponibilidade de textos completos, com livre acesso e publicadas em periódicos nacionais e internacionais no período de 2000 a 2014.
- c) Textos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol.
- d) Textos que apresentavam dois ou mais descritores e/ou presença das palavras-chaves: sistematização da assistência de enfermagem, assistência em enfermagem, metodologia da assistência e planejamento da assistência de enfermagem.

Para a definição do tamanho da amostra foram aplicados os critérios de inclusão estabelecidos para os textos completos resgatados. O encerramento do levantamento bibliográfico também influenciou no tamanho da amostra, quando ocorreu a saturação por repetição de contextos temáticos. A seleção dos textos foi realizada nas seguintes etapas: (a) leitura criteriosa do título e do resumo, a fim de verificar a adequação de seu conteúdo à temática estudada e aos critérios de inclusão. Quando a análise do título e resumo foi inconclusiva, o texto completo foi resgatado para uma análise sobre a sua inclusão na amostra; (b) exclusão de textos de produções repetidas; e, (c) resgate dos textos completos das produções selecionadas mediante o acesso aos bancos de dados consultados.

Ao final deste processo, para a operacionalização da estratégia de derivação do conceito, a primeira versão da amostra do estudo ficou composta por 138 (cento e trinta e oito) textos. Após uma análise mais criteriosa foram excluídos 30 (trinta) textos, pelos seguintes motivos: 22 (vinte e dois) textos eram repetidos nas bases de dados; e, 08 (oito) textos por não

atenderem aos critérios de inclusão. Assim, a versão final da amostra desta investigação ficou composta por 108 (cento e oito) produções científicas (inter)nacionais, que tratavam do tema PE.

Estes textos (artigos científicos, teses e dissertações) ficaram distribuídos nas bases de dados da seguinte forma: SciELO: 33 textos; LILACS: 19 textos; BDEF: 13 textos; CINAHL: 22 textos; e, PUBMED: 21 textos. A variável "tipo de estudo" foi distribuída da seguinte forma: 50 artigos de pesquisa; 15 artigos de revisão; 5 artigos de reflexão, 4 artigos de relato de experiência, 15 editoriais, 5 artigos de ensaio teórico, 10 dissertações de mestrado e, 4 teses de doutorado.

Para analisar esta amostra da literatura, com grande volume de dados, foi necessário adotar o programa informatizado, Alceste para realizar uma análise estatística destes textos. O Alceste opera um tipo de análise de conteúdo denominada análise das relações, na modalidade de análise de coocorrências. A análise de conteúdo pode ser realizada de duas maneiras: manualmente ou com o auxílio do computador. Existem vários tipos de programas de computador que realizam a análise de conteúdo de materiais textuais e com enfoques diferentes. A análise de conteúdo é considerada uma técnica híbrida e sistemática utilizada para a análise de uma coleção de textos, através do tratamento estatístico e da decomposição do texto em unidades menores que apresenta as características do *corpus* analisado (BAUER, 2002, p.191).

Segundo Kronberger e Wagner (2004), a análise de conteúdo com o auxílio do computador é caracterizada por três correntes básicas. São elas, com as respectivas siglas em inglês: palavras-chave fora do contexto (kwoc), palavras-chave em seu contexto (kwic) e software para análise de dados qualitativos com auxílio do computador (caqdas). O *software* para análise de dados qualitativos constitui-se numa análise de concordância e coocorrências, que utiliza a estatística para verificar frequentes pares de palavras no corpus de um texto. Esse procedimento supõe que as ocorrências frequentes de duas palavras juntas sejam significantes do ponto de vista semântico (BAUER; GASKELL, 2011).

Assim, o Alceste consiste num programa de análise quantitativa de dados textuais, que adota uma técnica computadorizada, constituindo, além disso, numa metodologia para análise de textos que tem como conceitos fundamentais as palavras plenas, os mundos lexicais e fundos tópicos (REINER, 2001). Enquanto técnica, o Alceste, investiga a distribuição de vocabulários em um texto escrito ou transcrito de texto oral. Como metodologia, integra uma grande quantidade de métodos estatísticos sofisticados, que se ajustam ao objetivo da análise do discurso textual permitindo a segmentação, classificação hierárquica, análise de correspondências, dentre outros recursos, configurando-se em um método de exploração e descrição (KRONBERGER; WAGNER, 2004).

O Alceste foi desenvolvido na França por Max Reinert em 1990, para a análise lexical quantitativa, que considera a palavra como unidade. Ele também oferece a contextualização da palavra no *corpus* (partes do texto nos quais ela aparece), o que permite realizar, de maneira automática, a análise lexical de conteúdo por meio de técnicas quantitativas e qualitativas de tratamento de dados textuais (REINERT, 1998). Para ele, todo discurso expressa um sistema de mundos lexicais, que organiza uma racionalidade e dá coerência a tudo que o locutor enuncia. O termo mundo lexical é uma noção primária que remete a conceituação das palavras que constituem uma frase ou um fragmento do discurso (ALBA, 2004).

Segundo Pombo-de-Barros (2011), a partir da informatização, o Alceste é um método que, a partir da análise estatística dos vocábulos (repetições e sucessões de palavras) de um *corpus* formado por um ou mais textos de diversos tipos, resulta no encontro de classes temáticas. Podem ser analisados textos literários, jornalísticos, entrevistas, artigos científicos, livros, dentre outros. Portanto, ele é um método exploratório, que dispensa a criação de categorias temáticas *a priori*, sendo útil para dar uma visão global sobre uma documentação volumosa cuja análise manual seria muito longa e exaustiva. Ele é empregado para tratar os conteúdos textuais encontrados na literatura, com a finalidade de identificar os componentes do conceito, conjugando uma série de procedimentos estatísticos aplicados a bancos de dados textuais, como entrevistas, obras literárias, artigos de jornais e revistas, entre outros (REINERT, 2003; NASCIMENTO; MENANDRO, 2006; ARAÚJO; COUTINHO; SANTOS, 2006).

O uso do Alceste permite a rápida análise de dados e informações úteis retiradas de dados para o estudo como, por exemplo, indicadores qualitativos e quantitativos e categorias referentes ao objeto de estudo, sempre em base textual. Para Lima (2008) a relevância em se adotar o Alceste reside na vantagem de este detectar e identificar, pela via das classes, os lugares do discurso no qual um *sujeito coletivo* se manifesta. Assim:

Um dos elementos marcantes dessa metodologia é o seu desligamento das noções de sujeito (quem fala) e de ponto de vista ou lugar (de onde se fala), pois um mesmo indivíduo ou sujeito pode falar de vários e diferentes “lugares” manifestando opiniões diversas, mobilizando distintas maneiras de abordar a realidade. Igualmente, diferentes indivíduos ou grupos de sujeitos, mesmo tendo opiniões contrárias, podem compartilhar um mesmo contexto discursivo, uma mesma maneira de abordar a realidade (LIMA, 2008, p.88).

O funcionamento deste programa operacionaliza uma adaptação da análise de coocorrências. O programa realiza uma “análise estatística de frequentes pares de palavras em um corpus de texto” (BAUER, 2002, p.211). A análise de conteúdo é uma técnica híbrida e sistemática utilizada para a análise de uma coleção de textos através do tratamento estatístico e de sua decomposição em unidades menores, que apresenta as características do *corpus*

analisado. Assim, a análise de conteúdo propicia ao pesquisador “produzir inferências de um texto focal para seu contexto social de maneira “mais objetiva” (BAUER, 2002, p.191).

O Alceste propõe operar uma abordagem *pragmática* do texto centrada na coocorrência lexical, na copresença do léxico numa unidade contextual do texto, diferentemente do que proporia outro tipo de abordagem: “Não se trata de comparar as distribuições estatísticas das ‘palavras’, nos diferentes corpus de dados (...) [mas] de estudar a estrutura formal das suas concorrências nos ‘enunciados’ de um corpus dado” (REINERT, 1993, p.9). O método distingue-se então, por se tratar dos usos específicos do léxico, inscrito numa conjuntura discursiva dada, e não de significações estabelecidas *a priori* pela língua, independentemente do contexto no qual se encontram as palavras, como faria um método puramente semântico (LIMA, 2008, p.89).

Assim, o programa realiza uma análise léxica das palavras do conjunto de textos, independente da origem de sua produção, comunicações verbais e/ou escritas. Agrupa as raízes semânticas, definindo-as por classes, levando em consideração a função da palavra dentro de um dado texto. Dessa forma, tanto é possível quantificar, como inferir sobre a delimitação das classes, que são definidas em função da ocorrência e da coocorrência das palavras, além de sua função textual, categorizando-as tal qual a análise de conteúdo.

Para Nascimento e Menandro (2006), a análise de conteúdo no Alceste não possui dicionário de sinônimos, o que implica o descarte de palavras pouco frequentes, ainda que sinônimas de outras com frequência maior. Entende-se que tal característica não é uma limitação do programa, porque a ideia na base de sua concepção é a de que grupos diferentes se expressam, inclusive em termos de vocabulário, de formas distintas. Nesse sentido, o descarte de tais palavras indica que as mesmas não pertencem aos mundos lexicais do(s) grupo(s) em questão.

Por sua vez, a análise de conteúdo pode e deve recuperar os sinônimos, que podem informar que há mais de um discurso sobre o tema, ainda que este discurso esteja menos presente no banco de dados. Buscando identificar a pluralidade temática presente num conjunto de textos, ao mesmo tempo em que pondera a frequência desses temas dentro do mesmo conjunto, a análise de conteúdo pode proporcionar, numa comparação entre os elementos do corpus (palavras ou sentenças), a constituição de agrupamentos de elementos de significados mais próximos, possibilitando a formação de categorias mais gerais de conteúdo (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006, p. 85).

O tratamento estatístico do Alceste emprega uma análise de classificação hierárquica e permite uma análise lexicográfica do material textual. No que tange à análise lexical, esta é uma modalidade da análise de conteúdo, que se inicia sempre pela contagem das palavras

avançando sistematicamente na direção da identificação e dimensão do texto em estudo. Assim, são realizados grupamentos de palavras afins, e excluídas as palavras que apresentam pouco interesse, até se conseguir as que representem o sentido do texto (MINAYO, 2008, p. 309). Na análise lexical ocorre a análise de uma palavra através de caracteres, também denominadas de símbolos léxicos, verificando se eles fazem parte do alfabeto selecionado, de acordo com o idioma utilizado (CHRISTOVAM, 2009; MARQUES, 2006). Na base do funcionamento do Alceste encontra-se a ideia de relação entre contexto linguístico e representação coletiva ou entre unidade de contexto e contexto típico.

O emprego do Alceste, por meio de técnicas qualitativas e quantitativas de tratamento de dados textuais, leva à identificação da informação essencial presente em um ou mais textos. Nesta etapa da pesquisa, um *corpus* de dados é elaborado a partir de textos e oferece ao pesquisador diferentes interpretações ao conteúdo presente na coletânea de textos que versaram sobre um determinado assunto com o qual ele irá trabalhar em sua pesquisa.

2.2.3.1.1. PREPARAÇÃO DO CORPUS DE ANÁLISE

Para o Alceste, a confecção do corpus obedece a critérios exigidos pelo próprio programa. Em primeiro lugar, os dados de texto devem mostrar certa coerência para garantir uma lógica quantitativa para a realização da análise estatística. Em segundo lugar, é útil para textos volumosos e/ou número significativo de sujeitos, atendendo satisfatoriamente à condição de respostas advindas de perguntas abertas, entrevistas, narrativas orais, dados de mídia, artigos ou capítulos de livros a partir de um foco comum (AZEVEDO; COSTA; MIRANDA, 2013).

Na preparação do corpus destaca-se a atenção para os materiais usados em sua elaboração, os quais devem ter apenas um foco temático, um tema específico, por ser a única parte manuseada pelo pesquisador, como garantia da relevância, homogeneidade e sincronismo. No corpus são inseridos, em um único arquivo de texto, todos os textos selecionados para que o Alceste realize um mapeamento geral dos conteúdos presentes nos textos e a identificação de cada texto (CAMARGO, 2005).

Com o objetivo de homogeneizar o *corpus*, na sua apresentação e nas condições de produção, algumas regras devem ser adotadas para o preparo do material textual (corpus de análise). De acordo com Oliveira; Gomes e Marques (2005), estas regras são essenciais para o melhor aproveitamento da análise realizada pelo programa. Todo o arquivo digitado no programa Word foi gravado no formato de texto sem formatação (.txt). Além disso, foi criado um dicionário

de sinônimos e palavras com ligação consideradas relevantes para o estudo. O dicionário deve ser criado de acordo com o objeto de estudo e os objetivos da pesquisa.

Tudo que está escrito de maneira diferente é tratado pelo programa como uma palavra diferente tornando-se necessária a correção ortográfica das palavras no corpus de análise. Além desse cuidado, palavras ou expressões que apresentem importância particular para o objeto em análise com o mesmo significado devem ser substituídas por uma forma padrão em todo o *corpus*. Assim, o preparo do corpus foi realizado cuidadosamente, buscando-se a correção de erros de grafia, exclusão dos erros ortográficos, correção de vícios de linguagem, mantendo-se apenas os sinais de ponto, vírgula e ponto e vírgula.

Tendo em vista a estrutura do programa para o reconhecimento das palavras, houve necessidade de padronizar expressões ou unir palavras, de forma que configurassem em uma única noção, utilizando-se como recurso um traço subscrito. Foi utilizado o sinal de *underline* para a conexão de palavras compostas que requerem o uso de hífen e para as palavras que devem ser analisadas em conjunto, conforme a análise da pesquisadora, como por exemplo, *processo_de_enfermagem*. O arquivo em formato de texto foi preparado de acordo com regras para a utilização do programa e, nele se distinguiram as palavras que são artigos, preposições e conjunções que não expressam o conteúdo das palavras analisáveis nos textos. As palavras analisáveis são aquelas que expressam o conteúdo dos textos.

Todo material textual foi corrigido com instrumentos do próprio Word para eliminar erros de digitação, espaços entre palavras e entre cada texto, aspas e outros sinais que expressam a naturalidade do discurso. Foram suprimidas palavras ou expressões que se configuram como expressões coloquiais, como “a gente”, ou com função apenas enfática, como “né!” ou “entendeu?”, entre outras expressões; e, os termos coloquiais foram substituídos por termos mais formais sem causar alterações no sentido do texto. Também são indicadas a(s) palavra(s)-chave ou conteúdo que interessavam ao estudo em desenvolvimento.

Este preparo também incluiu a retirada de parte dos textos que diziam respeito, por exemplo, aos objetivos, metodologias, referencial teórico, contribuição, dentre outras partes de textos, que poderiam causar desvios na análise lexical do Alceste. Os textos nas línguas estrangeiras foram traduzidos (vertidos) para o português, para sua inserção no *corpus* afim de que se pudesse trabalhar seus léxicos. A lista dos textos que compuseram a amostra deste estudo, ou seja, na preparação do corpus encontra-se no Apêndice 1. O levantamento dos conteúdos dos textos determinou os atributos do conceito “Processo de Enfermagem” através das classes derivadas da literatura, que foi obtida pela análise de coocorrências realizada pelo Alceste.

Assim, operacionalmente e para atender aos objetivos da pesquisa no preparo do corpus para análise, foi construído um único arquivo composto por textos originados das produções científicas (artigos, teses e dissertações) da amostra do estudo, que foram digitados no programa computadorizado. Os textos completos selecionados na coleta de dados foram armazenados numa pasta do arquivo Word e realizado uma segunda cópia para preparação do corpus. Esta segunda cópia foi novamente armazenada em arquivo Word, fonte *courier new*, tamanho 10 e espaçamento simples, com um *corpus* de no mínimo de 70.000 caracteres, atendendo as recomendações de preparo do *corpus* para que ele pudesse ser submetido ao Alceste.

O preparo de todos os textos foi realizado através de leitura cuidadosa em busca de erros de digitação, correção de vícios de linguagem, exclusão de gírias ou expressões coloquiais, assim como sinais tais como hifens, apóstrofes, cifrão, parênteses entre outros sinais. Para que os resultados fornecidos pelo Alceste fossem consistentes, estáveis e representativos, além de um *corpus* grande foi necessário que ele demonstrasse coerência e homogeneidade em relação ao objeto de estudo. Assim, o *corpus* é um arquivo formado por um conjunto, no qual são inseridos todos os textos considerados como unidades de contexto iniciais ou u.c.i., que devem ser definidas pelo pesquisador de acordo com a natureza dos seus dados, no caso deste estudo, como dados derivados de base literária.

No *corpus*, cada texto equivale a uma u.c.i. Desta forma, o programa analisou 108 u.c.i., que foram precedidas pelas respectivas linhas de comando também chamadas de “linhas com asteriscos”. Esta linha deve estar sempre presente no início de cada texto, sendo composta por um número de identificação do texto e as variáveis descritivas consideradas pelo pesquisador como as essenciais para o delineamento da pesquisa (CAMARGO, 2005).

Para o preparo do *corpus* de análise do Alceste, a inserção das u.c.i. (os 108 textos da amostra) foram separadas umas das outras por uma linha de comando ou linha com asteriscos, que foram destacadas do texto. Cada linha de comando começou com um número de identificação de até oito algarismos ou por quatro asteriscos conforme foi adotado no preparo do *corpus* deste estudo. Cada linha incluiu um número livre de palavras “estreladas” (assinaladas com asterisco) que identificaram as características extras do corpus. Estas são palavras indispensáveis como referência ou informação, mas não devem interferir, tanto na análise quanto na divisão do corpus, pois, em geral, elas estão fora do corpus de análise. Entretanto, para elas é calculado o grau de associação às classes.

As palavras “estreladas” são consideradas variáveis que caracterizam os sujeitos do estudo (textos) e o contexto de produção do material analisado nas classes e formam as

denominadas linhas de comando. Cada linha de comando contém a caracterização do sujeito ou do texto componente do *corpus*, segundo variáveis que detalham sua importância para compreensão do objeto de estudo. Cabe ressaltar que, estas variáveis não interferem na divisão do *corpus*. Para elas é calculado apenas o grau de sua associação às classes organizadas pelo Alceste. No entanto, elas permitem especificar o perfil discursivo em função das características dos sujeitos e do contexto de produção do material analisado (OLIVEIRA; GOMES; MARQUES, 2005).

Neste estudo, cada texto foi identificado com quatro asteriscos e com as variáveis escolhidas para identificação dos textos (neste momento, as variáveis podem ser escolhidas de acordo com o universo que o pesquisador deseja demonstrar), exemplificadas no detalhamento das u.c.i. Cada uma dessas variáveis foi identificada com palavras abreviadas e em cada uma delas foi estabelecido um código composto pelas abreviaturas e números separados por asteriscos. Como exemplo, das variáveis de um texto do *corpus*, a referência bibliográfica: “ROSSI, L.A; CASAGRANDE, L.D.R. O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico. Rev. Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, set. 2001” ficou caracterizada em sua respectiva linha “estrelada” como: **** *tex01_art_pesq *eerp*bras_sp *port *2001 *aut_bras_sp *signif_pe.

Neste contexto, foram selecionadas as variáveis que fizeram parte da linha de comando, utilizando-se como base a caracterização dos estudos da base literária, conforme seus respectivos códigos de identificação. Os significados dos códigos são apresentados a seguir:

1. Tipo e número do texto (tex) refere-se ao tipo de texto selecionado: artigo de pesquisa (tex01_art_pesq número); artigo de reflexão: (tex02_art_refl); artigo ensaio teórico (tex03_art_ens_teor); artigo revisão (tex04_art_rev); artigo relato experiência: (tex05_art_rel_exp); editoriais (tex06_editor), outros tipos de artigos (tex07 art outros), dissertações (tex08_dissert) e teses (tex09_teses). Os números que seguem o código tex são replicados como: 01, 02, 03, e assim sucessivamente, em cada tipo acima apresentado.
2. Instituição de publicação: refere-se à sigla da instituição ou nome do periódico, no qual o artigo foi publicado. Exemplos: aben*, eeusp*, fenufg*
3. País e Estado da publicação: refere-se ao nome do país e do estado em que foi publicado o texto. No caso de publicação internacional foi inserido apenas o nome do país. Exemplos: bra_sp*, bra_rj*, irlanda*, suécia*
4. Idioma: refere-se ao idioma da publicação. Exemplos: inglês*, port*, esp*.
5. Ano da publicação: refere-se ao ano em que foi publicado o texto. Exemplos: 2009*, 2013*.

6. País e estado do autor principal: refere-se ao país e estado de origem do autor principal do artigo. No caso de nacionalidade não ser brasileira foi inserido apenas o nome do país do autor. Exemplos: aut_bras_sc*, aut_mex*, aut_suecia*

7. Tema principal da publicação: refere-se ao tema abordado no artigo: registros do processo de enfermagem (registr_pe), sistematização da assistência de enfermagem e/ou do processo de enfermagem (sae_pe); etapas do processo de enfermagem (etapas_pe), implantação do processo de enfermagem (implant_pe), facilidades e/ou dificuldades no uso do processo de enfermagem (facil_dific_pe); organização do trabalho (organiz_trab); prática assistencial do processo de enfermagem (prat_assist_pe); aspectos éticos e legais do processo de enfermagem (asp_etico_legais_pe); sustentação teórica do processo de enfermagem (sust_teorica_pe), significados do processo de enfermagem (signif_pe), qualidade da assistência (qualid_assist_pe); processo de enfermagem no ensino (pe_ensino), processo de enfermagem na formação (pe_formaç); autonomia do processo de enfermagem (autonom_pe), sistemas de classificações das práticas de enfermagem (sist_clas_prat_pe) e protocolos (protocol_pe)

Um exemplo de recorte do *corpus* de análise e suas linhas “estreladas” são apresentados a seguir:

```
**** *tex01_art_pesq *eerp *bras_sp *port *2001 *aut_bras_sp *signif_pe
```

Desde a década de setenta, quando o processo_de_enfermagem surgiu como uma forma de organização dos cuidados_de_enfermagem e como uma alternativa para o alcance do status profissional do enfermeiro, muitos enfermeiros têm tentado operacionalizar essa metodologia_de_assistência no brasil.

A versão final do *corpus* de análise para ser submetido ao Alceste ficou constituída por 345 páginas.

2.2.3.2 Estratégia de síntese do conceito

Para a operacionalização da estratégia de síntese do conceito, ou seja, a identificação de uso e atributos essenciais do conceito *Processo de Enfermagem* foram construídas as seguintes questões:

1. Que ideias as classes do Alceste apresentam sobre o conceito Processo de Enfermagem?
2. Como as u.c.e. definem este conceito?
3. Quais as características ou os atributos deste conceito apontados pelas u.c.e.?

Estas questões foram adaptadas a partir de Vendramini et al. (2003) e Rodrigues (2004), cujos resultados foram utilizados para responder as questões formuladas e determinar a extensão do termo, seu domínio de aplicação e sua relação com o conceito de interesse. Nesta

etapa, são identificados os componentes do conceito, definidos por Vendramini et al. (2003, p.99) como “palavras e/ou expressões utilizadas com frequência pelos autores e apresentadas como afirmação dos conceitos elaborados”. Nesta estratégia de síntese do conceito, através da adoção do Alceste, identifica-se a pluralidade temática presente em um conjunto de textos e se pondera a frequência desses temas no todo permitindo, via comparação entre os elementos do corpus (palavras ou sentenças), a constituição de agrupamentos de elementos de significados mais próximos, o que viabiliza a formação de categorias gerais de conteúdo.

A fase de interpretação do Alceste consiste em analisar as classes geradas através da classificação hierárquica descendente (CHD). Esta análise gera um conjunto de informações sobre: o número de classes encontradas, as linhas de comando (linhas “estreladas”), que definem as u.c.i.; número total de palavras encontradas no texto do *corpus*; número de palavras diferentes; frequência média de uma palavra; número de palavras com frequência igual a 1; frequência máxima de uma palavra; número de formas reduzidas de palavras plenas; número de palavras ferramentas, número total de u.c.e., que são os recortes temáticos realizados pelo programa; distribuição das palavras analisadas por classe; classificação das u.c.e. válidas para a análise, a partir do número total das u.c.e., percentual de aproveitamento do corpus de análise, que deve ser igual ou acima de 70% do *corpus* (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

O Alceste também proporciona técnicas de análise estatística do tipo descritiva, paramétrica e frequência não paramétrica destacando-se o teste de qui-quadrado (χ^2) aplicado à análise lexical e de conteúdo (ALBA, 2004). A apresentação do perfil de cada classe lexical formada corresponderá ao conjunto de palavras mais significativamente presentes e do grau de associação de uma palavra ou uma variável à classe, o que é calculado com o valor do χ^2 ou seja, a seleção das palavras plenas são características de uma classe de acordo com o χ^2 .

Nesta operação escolhe-se uma palavra-chave ou várias palavras-chave, que pode(m) ser substantivo(s), adjetivo(s) ou verbo(s) ou ainda, um único vocábulo em suas diversas categorias. Essa(s) palavra ou palavras-chave é(são) denominada(s) unidade(s) de análise. O(s) termo(s) deve(m) ser selecionado(s) em função do objetivo da pesquisa. E, para o Alceste, estas palavras são ferramentas. Então, o programa analisa o texto identificando como a(s) palavra(s) figura(m), verificando a que elementos ela(s) se relaciona(m), se associa(m) ou se opõe(m) (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006, p.79). A análise de dados qualitativos com auxílio de computador se refere à análise interpretativa de dados textuais, na qual o software é usado para organização e tratamento dos dados gerados. Azevedo, Costa e Miranda (2013, p.5017) afirmam que o Alceste trabalha com cálculos efetuados sobre a coocorrência de palavras em segmentos

de texto buscando distinguir classes de palavras que representem formas distintas de discurso sobre o tópico de interesse da investigação.

A análise estatística do Alceste teve como objetivos: (a) extrair do corpus de análise, o grupo de atributos de definição do conceito PE que formam o novo fenômeno de interesse; e, (b) classificar os dados referentes ao fenômeno de interesse agrupando-os a partir das similaridades e diferenças de conteúdo dentro de um contexto semântico apresentado pelo conjunto de enunciados, ou seja, pelo conjunto de unidades de contexto elementar (u.c.e.), que são os recortes de conteúdo dos textos realizados pelo Alceste, através da análise textual.

Após o preparo inicial do arquivo contendo o corpus da amostra (desenvolvido na estratégia de derivação do conceito), o mesmo foi submetido ao Alceste, na versão 4,9 de 2009, que gerou um relatório com um aproveitamento de 75% do corpus analisado, acima dos 70% de aproveitamento que o Alceste determina para a utilização de seus resultados. A partir do momento em que o algoritmo do Alceste começa o tratamento das *palavras plenas*, o texto em análise é dividido em fragmentos denominados unidades de contexto (u.c.), cujos recortes se dão em função dos sinais próprios da língua (REINERT, 2001). Assim, os recortes dos enunciados realizados pelo Alceste foram agrupados, tendo por guia a classificação das formas reduzidas de palavras plenas, realizada pelo programa, que resultou nos grupos temáticos de cada classe.

O Alceste apresenta ao pesquisador três possibilidades de análise do corpus, a saber: Análise Standard (geral), Análise Parametrada (adaptação do plano de análise às particularidades do corpus), Triagem Cruzada (explora o material a partir de uma forma reduzida ou variável). A análise Standard é a análise mais utilizada e fornece um plano padrão de análise previamente definido pelo software. Este tipo de análise pode ser aplicado ao corpus, quando sua natureza textual apresenta ordenamento como obra literária, coletânea de artigos e outras. A análise *Standard* foi utilizada nesta pesquisa. De acordo com Camargo (2005), a análise *Standard* do Alceste é desenvolvida através de quatro conjuntos operacionais sendo que três deles (A, B e C) apresentam três operações cada um. E, o quarto conjunto operacional (D) apresenta cinco operações. A seguir apresenta-se o quadro 2, que mostra os conjuntos operacionais com suas respectivas operações:

QUADRO 2. CONJUNTOS OPERACIONAIS DO ALCESTE E SUAS OPERAÇÕES. RIO DE JANEIRO, 2015

Conjuntos Operacionais:	Operações:
A) Leitura do texto e cálculo dos dicionários	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reformatação e divisão do <i>corpus</i> (UCI) em segmentos de tamanho similar (u.c.e.); 2. Pesquisa do vocabulário e redução de palavras com base em seus radicais (formas reduzidas); 3. Criação de dicionário de formas reduzidas.
B) Cálculo das matrizes de dados e classificação das u.c.e.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seleção das u.c.e. a serem consideradas e cálculo da matriz: formas reduzidas X u.c.e.; 2. Cálculo das matrizes de dados para classificação hierárquica descendente (CHD); 3. CHD.
C) Descrição das classes de u.c.e.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definição das classes escolhidas; 2. Descrição das classes; 3. Análise fatorial de correspondência ou AFC (representação das relações entre classes num plano fatorial).
D) Cálculos complementares	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seleção das u.c.e. mais características de cada classe; 2. Pesquisa dos segmentos repetidos (duplas e segmentos) por classe; 3. Classificação hierárquica ascendente (CHA); 4. Seleção das palavras mais características das classes para apresentação em um <i>índice</i> de contexto de ocorrência; 5. Exportação para outros programas de <i>subcorpus</i> de u.c.e. por classe.

Neste sentido, o *corpus* de dados submetido ao Alceste foi tratado através de 14 operações. Marques (2006) afirma que o programa Alceste está ligado a palavra análise, por ser uma metodologia que implica, em geral, o tratamento dos dados, mas que depende do pesquisador para a análise e interpretação dos dados gerados por este. E, na própria interpretação, o pesquisador pode variar o uso de paradigmas explicativos, até obter um estado final da análise. Neste sentido, Vitoria Regis (2011) aponta que na descrição da operacionalização do Alceste cabem ainda algumas considerações a respeito da continuidade da análise ou da interpretação dos dados. Trata inclusive da compreensão de que os procedimentos estatísticos por si só, não possibilitam a total interpretação dos dados. Eles não substituem o trabalho do pesquisador, pois os procedimentos de análise não podem ser integralmente automatizados.

Conforme Saquetto e Carneiro (2011), a análise das u.c.e. gera classes por meio de uma CHD que especifica a classificação do vocabulário com sua frequência e força de relação. Cada uma das u.c.e. possui uma relação de força que as une à determinada classe, representado por um valor estatístico de x^2 . Este mecanismo classificatório permite a caracterização dos núcleos centrais relacionados por coeficientes, possibilitando a discussão estabelecida por suas relações.

As classes são definidas uma a uma apresentando como característica a máxima homogeneidade dentro de cada uma delas e a característica de oposição entre as classes. No Alceste, a ordem de classificação é expressa por uma representação gráfica constituída pelas

divisões sucessivas das classes mais significativas do corpus. Este procedimento é totalmente desenvolvido pelo Alceste, durante a análise *Standard* seguindo o critério de máxima diferenciação binária (MARQUES, 2006; REINERT, 1986, 1993, 2003). De acordo com a análise das formas reduzidas que compuseram cada agrupamento, associada à leitura das u.c.e., e à interpretação das palavras correspondentes foi possível resgatar os conteúdos e entender os sentidos e significados nelas contidos, o que permitiu nomear os grupos temáticos e as classes identificadas no estudo.

A apropriação dos conteúdos significativos das classes foi realizada a partir de um procedimento realizado nos resultados da análise fornecidos pelo Alceste. Os resultados expostos na classificação hierárquica ascendente - CHA, de cada classe e a análise dos conteúdos semânticos de suas u.c.e. possibilitaram a elaboração dos agrupamentos temáticos definidos dentro de cada classe. Nesta etapa, o programa realizou divisões sucessivas duplas do conteúdo analisado, encontrando 7214 u.c.e., até esgotar as possibilidades de reagrupamento do conteúdo. O resultado desta operação foi à geração de sete classes de análise representadas no capítulo II. Os seguintes critérios foram elaborados para a formação dos grupos temáticos:

- 1) Agrupamento das formas reduzidas similares, a partir das palavras plenas ou contexto semântico;
- 2) As formas reduzidas de um grupo temático foram organizadas a partir do x^2 , de forma decrescente, para atender uma redistribuição das formas reduzidas de cada grupo temático;
- 3) A afinidade decorrente da similaridade ou aproximação de cada grupo temático foi revisada pela comparação entre as u.c.e. e as formas reduzidas de palavras plenas de cada grupo temático;
- 4) As u.c.e. foram selecionadas de acordo com o valor decrescente de x^2 , a partir de um corte mínimo escolhido para aproveitamento das u.c.e., que foi de $x^2 = 34$, pois abaixo deste valor os contextos começaram a se distanciar do objeto de estudo.

As operações mais importantes para interpretação do *corpus* são: a descrição hierárquica descendente; a descrição das classes, com radicais mais importantes; e a seleção das u.c.e. mais características de cada classe. Para atender ao grau de confiabilidade na análise das classes nos grupos temáticos que apresentaram aproximação com o conteúdo e com o objeto de estudo foram realizados os seguintes procedimentos: a) identificação dos valores do x^2 e sua frequência nos respectivos contextos semânticos de cada u.c.e.; b) identificação dos maiores e menores valores do x^2 encontrados em cada classe para o cálculo da mediana; c)

após o cálculo da mediana dos x^2 em cada classe, a seleção final dos recortes obedeceu ao critério de maior profundidade utilizando o percentual superior maior ou igual a 50%.

Desta maneira, cada classe foi “plotada” utilizando todos os valores de x^2 e a frequência de sua ocorrência em cada classe. A distribuição resultante foi analisada e estabelecido o ponto de corte do valor do x^2 para cada classe. O que permitiu que cada classe fosse analisada com base na profundidade dos recortes e não apenas na frequência, por esta ser dispersa e de menor profundidade e sua correlação ser menos expressiva, ou seja, as u.c.e. estabelecidas para a análise temática foram as correspondentes entre si e aos valores mais significativos de x^2 e a síntese das ideias descritas a partir da análise do dendograma da CHA.

Para dar uniformidade aos dendogramas das CHA de todas as classes geradas pelo Alceste, que apresentam as formas reduzidas das palavras plenas, foi adotado o seguinte critério: a análise das formas reduzidas de palavras plenas em todas as classes é apresentada a partir dos maiores valores de x^2 considerando-se o x^2 mínimo de 34, e as frequências destas formas no corpus de análise e na classe com seus respectivos contextos semânticos. O cálculo para estabelecer o valor mínimo considerado na análise foi a partir dos 10 % do maior x^2 de cada uma das sete classes resultantes da análise do Alceste; depois foi calculado a média aritmética a partir de todos os valores de 10% dos x^2 das setes classes.

As u.c.e. foram selecionadas para cada classe, em função do valor do x^2 . Assim, quanto maior seu valor para uma determinada classe, maior o seu valor de importância para a construção da mesma. A extração das u.c.e. representativas de cada classe permitiram apreender o sentido das classes com a ajuda de frases reais extraídas do *corpus*. O número de ordem da u.c.e. no *corpus* e de seu respectivo x^2 de associação à classe é apresentado ao final da mesma. A escolha é feita por ordem decrescente de x^2 .

2.2.3.3 ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DO CONCEITO: INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A partir do corpus preparado para a análise o Alceste identificou: 1) Primeira e segunda CHD, na qual surgiram dois grandes blocos temáticos composto por cinco grupos temáticos e sete classes visualizadas a partir dos Dendogramas da CHD, além do conjunto de resultados relativos à estatística do vocabulário bruto presente na amostra do estudo, como os dados estatísticos da análise das classes (número de u.c.e. por classe; percentual das u.c.e. dentro das classes classificadas e não classificadas, número de palavras analisadas por classe; percentual das classes sobre o total das u.c.e. válidas). Estes resultados são apresentados, analisados e interpretados no capítulo 3, a seguir.

A análise *Standard* do Alceste possibilitou a operacionalização das estratégias de derivação e síntese do conceito (capítulo 3), cujos resultados foram discutidos à luz do referencial teórico desta tese e a partir do levantamento bibliográfico pertinente às temáticas evidenciadas. Eles também fundamentaram a terceira estratégia, a análise do conceito explicitada no capítulo 4 deste estudo, para a elaboração do conceito Processo de Enfermagem. E, o conceito é um dos três elementos básicos para construir uma teoria (WALKER; AVANT, 2005).

Na estratégia de análise do conceito ocorreu a busca dos usos e atributos essenciais do conceito e seus componentes, sendo realizada a análise do contexto temático das classes presentes nos resultados da CHA e nas u.c.e que as caracterizam, considerando-se também, as formas reduzidas das palavras plenas mais significativas nestas classes.

Esta estratégia clarifica, refina ou modela os conceitos. Assim, a estratégia de análise do conceito foi operacionalizada seguindo as etapas, a saber: (a) identificação dos elementos recorrentes na formação discursiva dos objetos (b) a identificação dos antecedentes do conceito; (c) a identificação dos atributos de definição teórica e operacional do conceito; (d) a construção do caso modelo e dos casos adicionais; (e) a identificação dos referentes empíricos, e as consequências do conceito.

Os referentes empíricos definidos por Walter e Avant (2005) são classes ou categorias de fenômenos que através de sua existência ou presença, demonstram a ocorrência do conceito na prática. Neste estudo, optou-se por identificar e testar os referentes empíricos do conceito Processo de Enfermagem em estudos posteriores, através da elaboração de instrumentos, contendo estes referentes que caracterizam as ações de cuidado sistematizado realizadas pelos enfermeiros nos cenários hospitalares. O que foi definido operacionalmente nesta tese, a qual apresenta uma vinculação de seu significado na prática assistencial.

A operacionalização da estratégia de análise do conceito ocorre através da análise das propriedades dos termos e atributos de definição do conceito; da identificação dos casos-modelo e adicionais; e, identificação dos antecedentes e usos do conceito, segundo as regras para formação de um conceito. Assim, os elementos constitutivos da definição conceitual (atributos teóricos) e dos atributos de definição operacional do conceito processo de enfermagem foram determinados. A definição operacional do conceito foi descrita através de caso-modelo. Os casos-modelos são usados para auxiliar o pesquisador na identificação das características / atributos essenciais do conceito, que permitem seu uso adequado. O caso-modelo foi construído a partir da utilização dos atributos teóricos essenciais ao conceito identificados em cada

categoria de análise. Este caso pode ser utilizado como exemplo concreto, pois aumenta o nível de fidedignidade da análise realizada (WALKER; AVANT, 2005).

A elaboração de casos adicionais serve para clarificar o conceito, com o propósito de delinear como o conceito Processo de Enfermagem vem sendo utilizado (usos dos conceitos) e também, identificar as situações ou eventos que antecedem o conceito elaborado. A construção desses casos pretende delinear o conceito Processo de Enfermagem em cenários hospitalares. Para melhor orientar o reagrupamento dos elementos constituintes do conceito, nas etapas referentes à análise do conceito, foram aplicadas questões norteadoras de acordo com cada etapa. São elas:

- 1) Para a identificação dos antecedentes do conceito: Que eventos contribuíram para o uso do processo de enfermagem em cenários hospitalares?
- 2) Para a definição teórica e operacional dos atributos do conceito: Quais atributos deste elemento o caracterizam como um atributo de definição teórica / operacional?
- 3) Para a identificação das consequências do conceito: Qual a finalidade que se pretende atingir com a aplicação do processo de enfermagem na prática dos enfermeiros?

Após o levantamento dos atributos do conceito *Processo de Enfermagem*, foi verificada sua contribuição para a área de Enfermagem. A operacionalização da análise de conceito possibilita ao pesquisador subdividir as partes componentes de um todo, para que elas possam ser mais bem compreendidas e modeladas. Por isto, a operacionalização da análise de conceito foi realizada no Capítulo 3, através das seguintes etapas:

- 1) Identificação dos elementos recorrentes, antecedentes e atributos essenciais do conceito, a partir do levantamento da frequência de aparição de palavras ou expressões nas classes geradas pelo Alceste e da análise e interpretação dos resultados;
- 2) Especificação dos componentes principais e complementares do conceito dos elementos recorrentes e constituintes. As palavras plenas identificadas pelo Alceste indicaram o rastreamento das u.c.e. envolvidas, para que seus conteúdos pudessem contribuir para a construção do conceito *Processo de Enfermagem*;
- 3) Elaboração da organização estrutural e funcional dos componentes principais e complementares de todos os blocos temáticos com os elementos constituintes extraídos e analisados a partir do capítulo de análise e interpretação dos resultados;
- 4) Após a identificação dos elementos recorrentes referentes aos objetos que formam o discurso do PE em cada bloco temático, também foi realizada a elaboração da estrutura dos elementos constituintes com seus componentes principais e complementares;
- 5) Elaboração do conceito *Processo de Enfermagem* através da definição teórica e operacional deste conceito. A definição operacional foi descrita através de um caso-

modelo, construído a partir da utilização dos atributos identificados em cada bloco temático da análise, considerados essenciais para este conceito;

- 6) Elaboração de um caso adicional;
- 7) Identificação das consequências do conceito *Processo de Enfermagem*

Para melhor orientar os resultados da análise de conceito, nas etapas referentes à identificação dos elementos recorrentes ou atributos do conceito, a organização estrutural e organizacional foi aproximada da terminologia e estrutura adotadas no Programa de Pesquisa “Enfermagem Hospitalar: uma área de atuação a investigar para a construção de uma síntese do conhecimento”, referido na introdução deste estudo, para atender a terminologia adotada nele, a saber:

(a) Componentes principais do conceito - 1) Título: nome do elemento do cuidado; 2) Conteúdo: descrição conceitual do elemento do cuidado de enfermagem; 3) Atributos: características fundamentais apresentadas pelo elemento do cuidado de enfermagem;

(b) Componentes complementares ao conceito - 4) Continente: inserção do elemento no contexto do cuidado de enfermagem; 5) Abrangência: cobertura / amplitude do elemento do cuidado de enfermagem existente em sua aplicação em cenários hospitalares.

Para tal, os resultados do Alceste foram sintetizados em quadros, com a organização estrutural e funcional dos elementos constituintes de cada bloco temático, para realizar possível aproximação cruzada à terminologia adotada para o conceito no Programa de Pesquisa.

Entretanto, no estudo em tela, absteve-se da elaboração da redação formal do conceito *Processo de Enfermagem* em cenários hospitalares segundo a estrutura conceitual daquele Programa de Pesquisa, apesar de todos os conteúdos relativos ao conceito estarem apresentados na estrutura do Programa de Pesquisa citado.

Os próximos capítulos desta tese apresentam os resultados do desenvolvimento das estratégias de derivação e síntese do conceito (capítulo 3), com a adoção / participação do Alceste; e, da estratégia de análise do conceito (capítulo 4), todas as três como etapas da Análise de Conceito (WALKER; AVANT, 2005).

CAPÍTULO 3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Na fase de preparo e análise dos resultados realizada pelo Alceste ocorreram divisões sucessivas do conteúdo do *corpus*, resultando em 7214 u.c.e., o que representou 100% do material disponibilizado até esgotar as possibilidades de reagrupamento do conteúdo. O resultado desta operação foi a geração de 5407 u.c.e. válidas, pois na análise hierárquica das 7214 u.c.e. presentes no *corpus* houve eliminação de 1807 u.c.e., ou seja, foram descartadas 25% das u.c.e.

Em geral, o *corpus* a ser trabalhado pelo Alceste deve ter, no mínimo, 70% de aproveitamento. Assim, o aproveitamento de 75% do *corpus* de análise em u.c.e. tornou significativo este estudo. Ao realizar a análise lexical de um conjunto de dados textuais, o Alceste agrupa as raízes semânticas e as define por classes, levando em consideração a função da palavra dentro de um dado texto. Assim, é possível quantificar e inferir sobre a delimitação das classes, que são definidas em função da ocorrência, da coocorrência das palavras e de sua função textual.

3.1 Análise dos dados referentes ao resultado do Alceste

A seguir, o quadro 3 apresenta os elementos do relatório gerado pelo Alceste - versão 4.0, para a compreensão de todas as etapas operacionais realizadas durante a análise do *corpus*, na qual foram descritas as informações gerais referente ao resultado bruto das operações. Neste quadro, a análise do *corpus* desenvolvida pelo Alceste, especificamente na fase operacional do cálculo do dicionário, tal como descrito na metodologia, identificou um *corpus* com o tamanho de 1,86 Mo, composto por 108 u.c.i., isto é, o número de linhas estreladas ou linhas de comando identificadas. Este resultado foi compatível com o tamanho da amostra selecionada para o estudo ($n= 108$). O número total de palavras no texto foi de 249.311 palavras, sendo 14.685 palavras distintas, com a frequência média de 17 por palavra: o número de palavras com frequência igual a 1 (hapax) foi igual a 6.631 e a frequência máxima de uma palavra de 11.700 vezes.

Do conjunto inteiro de palavras que compuseram o vocabulário bruto do *corpus* de análise, o Alceste realizou uma redução que se configura num novo conjunto de dados, sendo que o número de formas reduzidas de palavras plenas foi de 1.348, o número de palavras complementares (artigos, pronomes, marcadores, dentre outros) foi de 245, o número de palavras estreladas (modalidade de variáveis) foi de 240 e o número total de u.c.e. foi de 7.214.

QUADRO 3. INFORMAÇÕES GERAIS CONTENDO AS OPERAÇÕES REALIZADAS PELO ALCESTE NA ANÁLISE DO CORPUS. RIO DE JANEIRO, 2015

Etapa A	Leitura do texto e Cálculo dos dicionários:	
Operação 1 Mostra o resultado da leitura do <i>corpus</i>	Nome do corpus	Suely
	Modificado em	26/11/2013
	Tamanho do corpus	1,86 Mo
	Nome do plano de análise	corpus p.pl
	Data do tratamento	05/05/2014
	Tipo de tratamento	(double classification)
Operação 2: Mostra o cálculo do dicionário	Número de Unidades de Contexto Iniciais (u.c.i.) ou de texto	108
	Número total de palavras distintas ou diferentes	249.311
	Número de formas distintas ou palavras diferentes	14.685
	Frequência média de uma palavra distinta (produto da divisão entre o número de ocorrências e o número de palavras distintas)	17
	Frequência máxima de uma palavra	11.700
	Número de hapax (palavra com frequência igual a 1. O valor alto indica a heterogeneidade do vocabulário empregado pelos que produziram os textos que compõem o corpus)	6.631
Etapa B:	Cálculo das matrizes de dados e Classificação das u.c.e.:	
Operação 3 Mostra a seleção das u.c.e. e o cálculo dos dados, após redução do vocabulário	Número de palavras reduzidas	1.348
	Número de palavras complementares (artigos, pronomes, marcadores, etc.)	245
	Número de palavras com asterisco ou palavras variáveis	240
Etapa C	Descrição das classes de u.c.e.:	
Operação 4 Mostra a interseção entre as classes - descrição das classes lexicais	Número de unidades de contexto elementar	7214
	Porcentagem de unidades de contexto elementar classificadas	75%
	Número mínimo de unidades de contexto elementar (u.c.e.) definido para cada classe	10
	Número das classes com vocabulário semelhante	7
Etapa D	Classificação Hierárquica Ascendente das palavras por classe:	
Operação 5 Mostra as relações entre as palavras características de cada classe.	Número do total de palavras significativas nas classes lexicais:	701 palavras distribuídas nas sete classes

Nas etapas que corresponderam à operacionalização, os resultados fundamentais usados na interpretação de um *corpus* analisado pelo Alceste são representados pelos dendogramas da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), da descrição das classes, da seleção das u.c.e. mais significativas de cada classe e da Classificação Hierárquica Ascendente (CHA) das palavras por classe.

Na figura 1, apresentada a seguir, o Alceste gerou duas CHD, a partir da mudança no tamanho das u.c.e. e do número de palavras analisadas, com o objetivo de estabilizar a

classificação realizada no *corpus*. Esta operação fornece ao usuário um método que permite escolher, na hierarquia das divisões propostas, uma divisão aceitável além de garantir maior estabilidade das classes obtidas para a análise.

Nesta etapa ocorreram duas classificações sucessivas, nas quais o comprimento em número de palavras analisadas variou ligeiramente na unidade de contexto. O *corpus* analisado, submetido duas vezes ao Alceste e, após análise criteriosa foi eleita a versão definitiva do dendograma representado como o produto da CHD, que ilustra as relações interclasses após a divisão do *corpus* que neste estudo, continha 7.214 u.c.e., das quais 5.407 foram agrupadas em dois grandes blocos, nos quais o *corpus* sofreu uma divisão em duas partes, de um lado aquela que vai originar as classes 4, 2, 3 e 1 e do outro as classes 7, 6 e 5, conforme se apresenta a seguir:.

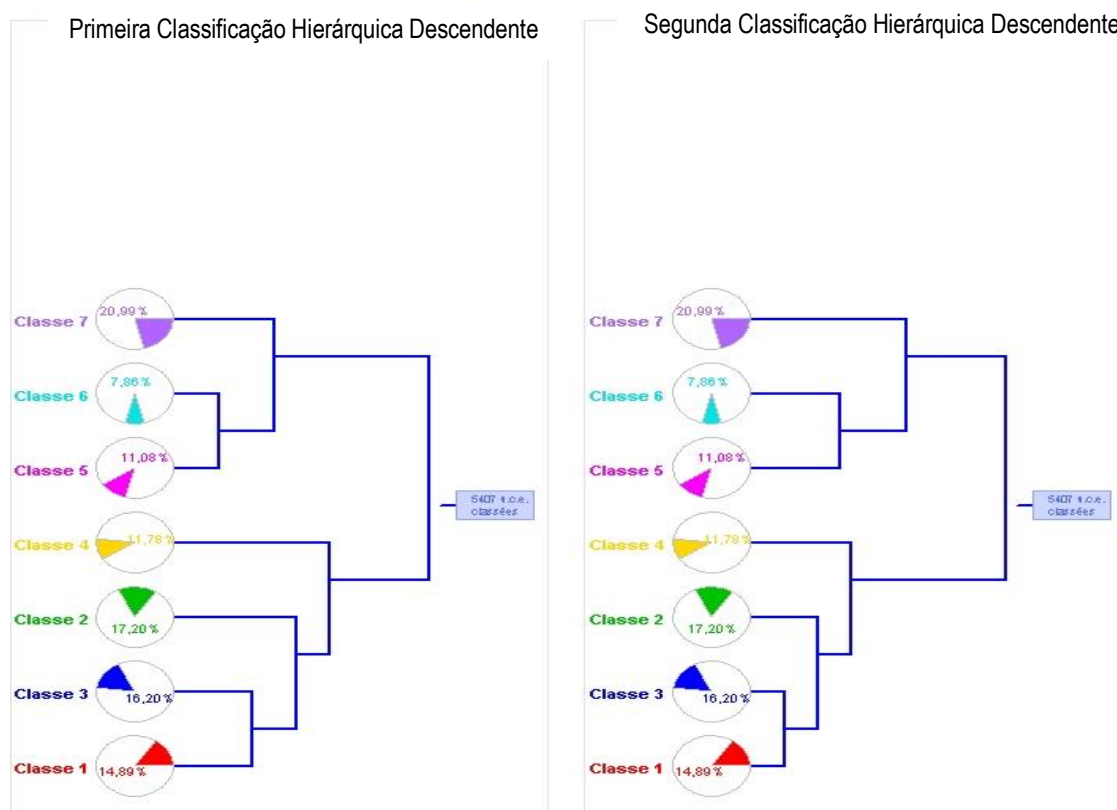


FIGURA 1. DENDOGRAMA DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE. RIO DE JANEIRO, 2015.

Os dendogramas desta Figura demonstram que os resultados das duas análises culminaram em estabilidade na operação do Alceste. Nos dendogramas visualizam-se as palavras reduzidas distribuídas por classes em cinco divisões do conteúdo selecionado para

análise e, até esgotar as possibilidades do reagrupamento do conteúdo, o que resultou então, em sete classes de análise lexical.

A Figura 2 apresenta cada bloco com seus grupos temáticos na constituição das classes que compuseram o *corpus*, bem como o número total de u.c.e. que integram o *corpus* de análise.

A representação do dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com as classes estáveis geradas pelo Alceste com as divisões explicitadas e geradas após análise e operação realizada pelo programa é visualizada a seguir:

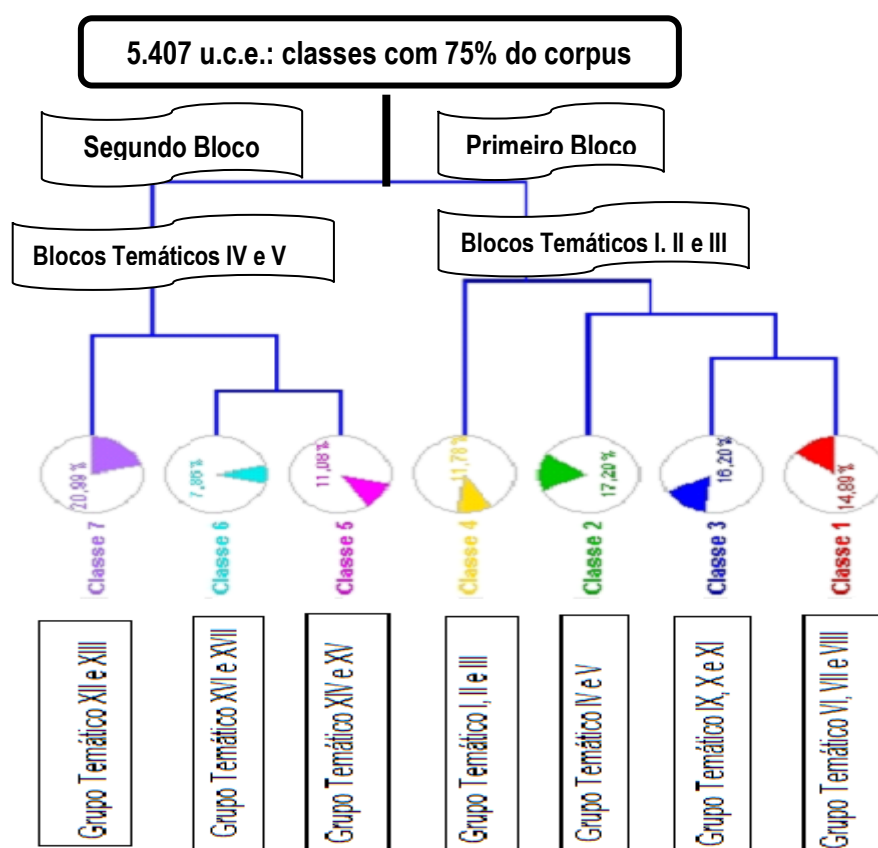


FIGURA 2. DENDOGRAMA DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE COM AS CLASSES GERADAS PELO ALCESTE. RIO DE JANEIRO, 2015.

A figura 2 apresenta o primeiro dendograma da CHD selecionado para este estudo, após se constatar a estabilidade das classes lexicais geradas. Nele é possível verificar as seguintes divisões, da direita para a esquerda:

- 1) Inicialmente, o primeiro bloco (1ª partição) foi dividido em três grupos temáticos (I, II e III); e, o segundo bloco (em dois grupos temáticos (IV e V);
- 2) No segundo momento, o primeiro bloco temático apresentou três subdivisões (2ª partição); na primeira subdivisão, o grupo temático I originou a classe 4; na segunda

subdivisão, o grupo temático II originou a classe 2; e, na terceira subdivisão, o grupo temático III gerou as classes 1 e 3;

3) E, num terceiro momento (3ª partição), o segundo bloco gerou duas subdivisões, nas quais o grupo temático IV originou classe 7; e o grupo temático V resultou nas classes 6 e 5.

Destaca-se que as classes 3 e 1 e as classes 5 e 6 estão configuradas como classes diferentes, mas num mesmo grupo temático (classes 3 e 1; e classes 5 e 6), totalizando 50,03% do número de u.c.e.

A figura 3 representa os percentuais de distribuição de u.c.e. para cada classe. Dentre as u.c.e. válidas para análise, distribuídas nas classes, o percentual das u.c.e. eliminadas ficou em 25,05% do total de u.c.e. selecionadas para o estudo, apresentando uma correspondência de distribuição percentual das classes por u.c.e. em relação à figura 3:

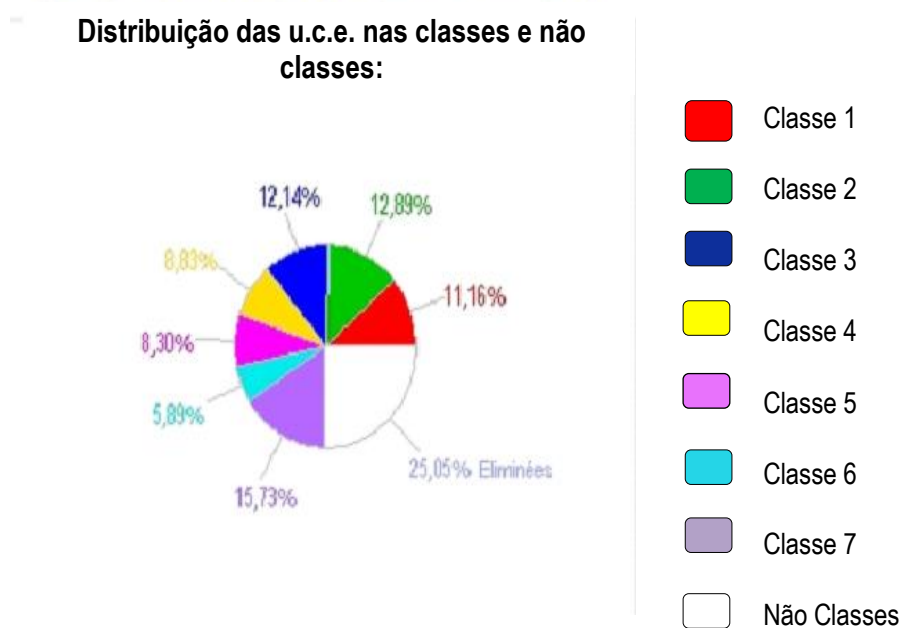


FIGURA 3. PERCENTUAL DAS U.C.E DENTRO DAS CLASSES CLASSIFICADAS E NÃO CLASSIFICADAS. RIO DE JANEIRO, 2015.

Distribuição das u.c.e. nas classes:

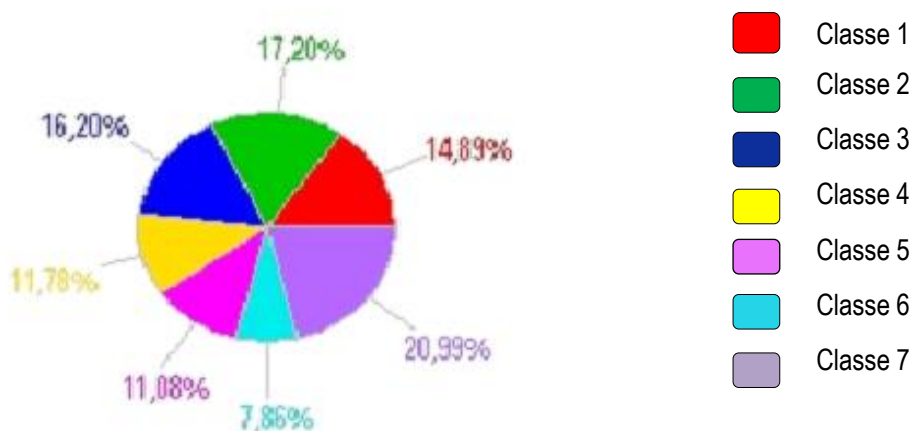


FIGURA 4. PERCENTUAL DAS CLASSES SOBRE O TOTAL DE U.C.E. VÁLIDAS. RIO DE JANEIRO, 2015.

A figura acima apresenta a redistribuição das u.c.e., após eliminação das não classes. As classes que obtiveram acréscimos mais significativos do número de u.c.e. foram a classe 7 de 15,73% para 20,99%; a classe 2 de 12,89% para 17,20%; a classe 3 de 12,14% para 16,20%; e, a classe 4 de 8,83% para 11,78%. Os dados estatísticos da análise das classes a partir do *corpus* de análise e o lugar de cada classe na constituição deste *corpus*, bem como o número de palavras que as integram são mostrados nas figuras 5 e 6. Os critérios utilizados para a seleção das palavras foram:

- O valor do χ^2 de associação da forma lexical à classe calculado a partir do cruzamento da presença / ausência da forma em uma u.c.e., e a associação dessa u.c.e. à classe lexical;
- A porcentagem de cada palavra na classe calculada levando-se em conta a sua frequência na classe em relação ao *corpus* total;
- A força de associação (coocorrências) das palavras características de cada classe através da CHA;
- O vocabulário específico de cada classe.

Número de u.c.e. por classes:

■	Classe 1 : 805 u.c.e.
■	Classe 2 : 930 u.c.e.
■	Classe 3 : 876 u.c.e.
■	Classe 4 : 637 u.c.e.
■	Classe 5 : 599 u.c.e.
■	Classe 6 : 425 u.c.e.
■	Classe 7 : 1135 u.c.e.

FIGURA 5. DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA DAS U.C.E. POR CLASSE. RIO DE JANEIRO, 2015.

Na figura 5, as classes 7 e 2 reúnem os maiores números de u.c.e, considerando-se o total de u.c.e. analisadas, 1.135 u.c.e. (20,99%) e 930 u.c.e. (17,20%), respectivamente. A classe 3 apresenta 876 u.c.e. (16,20%), a classe 1 tem 805 u.c.e. (14,89%). A classe 4 com 637 u.c.e. (11,78%) e a classe 5 com 599 u.c.e. (11,08%) evidenciaram uma distribuição de u.c.e. com uma pequena margem de diferença entre seus percentuais de 0,70%. A classe 6 tem 425 u.c.e. com 7,86 %, tendo menor número de u.c.e. do total do *corpus* analisado.

Número de palavras analisadas por classe

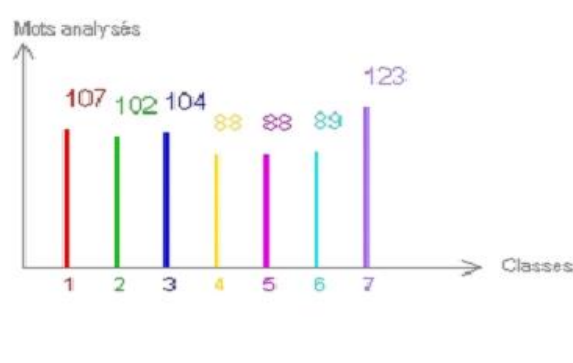


FIGURA 6. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PALAVRAS ANALISADAS POR CLASSE. RIO DE JANEIRO, 2015.

No que se refere à distribuição das palavras analisadas verifica-se que, na figura 6 as classes que apresentaram os maiores quantitativos de palavras plenas analisadas são as classes 7 e 1, com 123 e 107 palavras respectivamente. Em seguida, a classe 3 apresenta 104 palavras, a classe 2 tem 102 palavras e a classe 6 está com 89 palavras. As classes 4 e 5 apresentaram cada uma delas 88 palavras plenas analisadas.

Em seguida, o Alceste realizou a 5ª etapa operacional, que está sendo apresentada através de seus respectivos CHA, na análise de cada classe. Nesta etapa foram realizados cruzamentos entre as u.c.e. da classe selecionada e suas formas reduzidas específicas, o que permitiu a visualização de “laços de vizinhança ou sinônimos” (REINERT, 1998, p. 33) indicativos de contextos ou “núcleos” que devem ser considerados como tal e que podem auxiliar tanto na leitura da formação das classes, como na avaliação da inter-relação entre elas. Os “núcleos” auxiliaram o entendimento sobre a dinâmica da formação da classe. Quanto mais próximo do eixo estiver o traço de ligação entre as palavras, maior é o número de vezes em que elas aparecem juntas.

3.1.1 Descrição das classes

De acordo com as informações apresentadas nos dendogramas e nos resultados da análise das figuras anteriores a configuração das sete classes ficou caracterizada da seguinte forma:

- 1) Classe 1. Contexto profissional e assistencial da SAE e do PE. Apresenta 805 u.c.e., a porcentagem de 14,89% de repartição das u.c.e. classificadas nessa mesma Classe. Com o percentual de repartição das u.c.e. dentro das classes classificadas e as não classificadas de 11,16%; possui 107 palavras analisadas por classe. O valor da mediana identificado para estabelecer o corte das u.c.e. ficou em torno de $x^2 = 11$.
- 2) Classe 2. Interfaces no contexto gerencial e do cuidado de enfermagem na operacionalização do PE: Apresenta 930 u.c.e., com a porcentagem de 17,20% de repartição das u.c.e. classificadas nessa mesma Classe. Com o percentual de repartição das u.c.e. dentro das classes e as não classificadas de 12,89%. Possui 102 palavras analisadas por classe. O valor da mediana foi identificado para estabelecer o corte ficou em torno de $11 x^2$, com os discursos sobre as dimensões gerenciais e do cuidado de enfermagem na implantação do PE. Aborda as interfaces no contexto gerencial e do cuidado de enfermagem na operacionalização do PE.

- 3) Classe 3. PE como eixo organizador do cuidado/assistência de enfermagem e sua contribuição para novas concepções do ser, saber e fazer do enfermeiro: Apresenta 876, u.c.e., podendo também ser vista a porcentagem de 16,20% de repartição das u.c.e. classificadas nessa mesma Classe. Com o percentual de repartição das u.c.e. dentro das classes e as não classificadas de 12,14%. Possui 104 palavras analisadas por classe. O valor da mediana identificado no gráfico da classe 3 para estabelecer o corte ficou em torno de 10 x², com os discursos sobre as percepções da SAE/ PE.
- 4) Classe 4. Interfaces teóricas e práticas nos diferentes aspectos do PE :Apresenta 637. u.c.e., com a porcentagem de 11,78% de repartição das u.c.e. classificadas nessa mesma Classe. Com o percentual de repartição das u.c.e. e dentro das classes e as não classificadas de 8,83%. Possui 88 palavras analisadas por classe. O valor da mediana da classe 4 para estabelecer o corte ficou em torno de 8 x². Esta classe sintetiza os discursos das interfaces teóricas e práticas nos diferentes aspectos do PE.
- 5) Classe 5. Registros das etapas do PE nos serviços de saúde: Apresenta 599 u.c.e. com a porcentagem de 11,08% de repartição das u.c.e. classificadas nessa mesma Classe. Com o percentual de repartição das u.c.e. as classes e as não classificadas de 8,30%. Possui 88 palavras analisadas por classe. O valor da mediana da classe 5 para estabelecer o corte ficou em torno de 14 x². Sintetiza os registros das etapas do PE nos serviços de saúde e aborda os protocolos/impressos utilizados nos registros.
- 6) Classe 6. Aspectos éticos e legais das anotações / registros: Apresenta 425 u.c.e., com a porcentagem de 7,86% de repartição das u.c.e..classificadas nessa mesma Classe. Com o percentual de repartição das u.c.e..e dentro das classes e as não classificadas de 5,83%. Possui 89 palavras analisadas por classe. O valor da mediana da classe 5 para estabelecer o corte ficou em torno de 8 x². Sintetiza os aspectos éticos e legais dos registros/anotações de enfermagem nos serviços de saúde.
- 7) Classe 7. Sistemas informatizados para registro da documentação de enfermagem nos prontuários: Apresenta 1135 U.C.E, com a porcentagem de 20,99% de repartição das u.c.e. classificadas nessa mesma Classe. Com o percentual de repartição das u.c.e. e dentro das classes e as não classificadas de 15,73%. Possui 123 palavras analisadas por classe. O valor da mediana da classe 7 para estabelecer o corte ficou em torno de 10 x². Sintetiza os sistemas informatizados para o registro da documentação de enfermagem e/ou da equipe de saúde no prontuário do paciente.

As classes 1 e 3 e as classes 5 e 6 apresentam-se agrupadas juntas nos blocos temáticos III e V, apresentando significados semelhantes ou suplementares que representam uma relação de aproximação e/ou uma relação de oposição, já que se configuram como classes diferentes, somando o percentual das u.c.e. nas mesmas classes em 31,09 % e em 28,85 % respectivamente.

3.1.2 Organização e tratamento das classes

A identificação, apresentação e discussão dos blocos temáticos, das classes e dos seus respectivos grupos temáticos, tal como apresentados na metodologia, fundamentou-se a nos dois tipos de análise: A primeira parte foi baseada na análise lexical (variáveis mais as formas reduzidas de palavras plenas apresentadas no programa do Excel) e baseou-se nos conteúdos das u.c.e. de cada classe que, por sua própria natureza, deram conta do contexto temático no qual aparece(m) a(s) palavra(s) plena(s) ou as u.c.e. E, a segunda parte foi a análise de conteúdo denominada análise das relações, na modalidade de coocorrências.

Para dar conta deste contexto escolheu-se organizar o conjunto das u.c.e de cada classe em grupos temáticos. Esse procedimento permitiu identificar e nomear os cinco blocos temáticos e setes classes referentes ao conceito Processo de Enfermagem. Para melhor compreensão, no Quadro 2 descreve-se as denominações dadas aos cinco blocos temáticos, bem como às classes e os grupos temáticos que as constituem, de acordo com a interpretação da pesquisadora frente ao processo de análise descrito, e a partir dos resultados apresentados pelo Alceste.

QUADRO 4. DISTRIBUIÇÃO DOS BLOCOS TEMÁTICOS COM SUAS CLASSES E SEUS GRUPOS TEMÁTICOS. RIO DE JANEIRO, 2015.

BLOCO TEMÁTICO I. EVOLUÇÃO DO PE NO ENSINO, PRÁTICA E NA PESQUISA.
CLASSE 4. INTERFACES TEÓRICAS E PRÁTICAS NOS DIFERENTES ASPECTOS DO PE:
Grupo temático I: Evolução Histórica do PE Grupo temático II: Processo de Enfermagem na Literatura. Grupo temático III: PE no Ensino e na Prática de Enfermagem.
BLOCO TEMÁTICO II. DIMENSÕES GERENCIAIS E DO CUIDADO NA IMPLANTAÇÃO DO PE.
CLASSE 2. INTERFACES NO CONTEXTO GERENCIAL E DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA OPERACIONALIZAÇÃO DO PE:
Grupo temático IV. Fatores intrínsecos relacionados ao PE. Grupo temático V: Fatores extrínsecos relacionados ao PE.
BLOCO TEMÁTICO III. O PE E A SAE NOS CONTEXTOS SOCIOCULTURAL E ASSISTENCIAL DIMENSÕES TEÓRICAS, PRÁTICAS E SOCIAIS.
CLASSE 1. CONTEXTO PROFISSIONAL E ASSISTENCIAL DA SAE E DO PE:
Grupo temático VI: Contexto social e a construção do saber na Enfermagem. Grupo temático VII. Contexto das práticas assistenciais do enfermeiro. Grupo temático VIII. Dimensões do PE e da SAE na Enfermagem.
CLASSE 3. PE COMO EIXO ORGANIZADOR DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA NOVAS CONCEPÇÕES DO SER ENFERMEIRO E DO SABER E FAZER DA ENFERMAGEM:
Grupo Temático IX: Organização do cuidado / assistência. Grupo temático X. Organização do processo de trabalho. Grupo temático XI: Impacto do uso do PE na profissão e na qualidade do cuidado.
BLOCO TEMÁTICO IV. SISTEMAS INFORMATIZADOS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.
CLASSE 7. SISTEMAS INFORMATIZADOS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM NOS PRONTUÁRIOS:
Grupo Temático XII: Sistemas Informatizados de Documentação. Grupo Temático XIII: Sistemas de Classificações das Práticas de Enfermagem.
BLOCO TEMÁTICO V. A PRÁTICA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE
CLASSE 5. REGISTROS DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
Grupo Temático XIV: O Uso e a Natureza dos Registros na Prática de Enfermagem Grupo Temático XV: Os Registros das Etapas do PE e suas Implicações para o Cuidado de Enfermagem
CLASSE 6. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DAS ANOTAÇÕES E DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM:
Grupo temático XVI: Avaliação dos Registros de Enfermagem no Serviço de Saúde Grupo temático XVII: Aspectos éticos e legais dos Registros de Enfermagem

3.2. ANÁLISE DOS DADOS TEXTUAIS REFERENTES AOS BLOCOS TEMÁTICOS E SUAS RESPECTIVAS CLASSES

Na segunda parte deste capítulo, a análise dos dados textuais através do programa Alcete trouxe uma divisão do *corpus* em enunciados ou unidades de contexto elementar e explorou a distribuição do vocabulário nestas u.c.e para retirar do corpus as classes lexicais.

A presente análise de dados textuais permitiu quantificar o texto para extrair estruturas que apresentaram significados mais representativos e obteve o conteúdo mais relevante acerca dos significados apresentados a partir do corpus selecionado para o estudo.

Os resultados da análise de cada bloco temático e suas classes foram estruturados de forma que a descrição de cada classe pudesse seguir uma ordem para sua apresentação. Estes são apresentados a seguir:

- 1) Apresentação e análise das variáveis de identificação e caracterização que apresentaram associações estatísticas e que servem para estabelecer um perfil das classes e apresentar diferentes intensidades de aproximações e associações com as mesmas, destacando os valores de χ^2 e de frequência na classe;
- 2) Apresentação dos quadros das formas reduzidas de palavras plenas mais significativas com maiores valores de χ^2 com seus respectivos contextos semânticos, considerando-se o χ^2 de corte de cada classe de 34 % conforme explicado anteriormente na metodologia;
- 3) Apresentação das palavras e variáveis mais significativas de cada classe conforme o dendograma apresentado pelo programa do Alcete;
- 4) Apresentação dos dendogramas das CHA das classes, com as formas reduzidas agrupadas em cores diferentes para delimitar com maior precisão os subgrupos desta classe; as sucessivas divisões e associações das formas reduzidas que agruparam as palavras que deram sentido ao conteúdo da classe. Assim, esta classificação encontrada nas CHA é uma representação gráfica das operações que o Alcete fez para demonstrar a constituição interna das classes. Os grupos de formas reduzidas de palavras plenas associadas nas CHA reuniram uma ideia ou um sentido que caracterizaram os subgrupos temáticos presentes nas classes, os quais receberam a denominação que melhor os identificaram; e;
- 5) Apresentação das u.c.e. correspondentes às classes divididas em seus grupos temáticos e respectiva análise com obras da literatura que apresentaram aproximação com o conteúdo e com o objeto de estudo desta pesquisa.

Em seguida é feita a análise descritiva dos blocos temáticos compostos por suas respectivas classes lexicais. Esta parte do estudo contém os recortes das u.c.e. que foram selecionados e utilizados de forma detalhada, com o intuito de sistematizar adequadamente a discussão e apresentação dos resultados.

3.3. BLOCO TEMÁTICO I. EVOLUÇÃO DO PE NO ENSINO, PRÁTICA E NA PESQUISA

O primeiro bloco temático foi constituído pelos dados produzidos na classe 4, resultante da análise do Alceste mediante a adoção das estratégias de derivação e síntese do conceito PE. Esse bloco é composto de 637 u.c.e., correspondendo a 11,78% das u.c.e. do *corpus* e inclui 89 palavras analisadas na classe elaborada pelo Alceste.

O conjunto de u.c.e. que configuram este bloco temático descreveu os conteúdos com base na análise temática e nas regras de formação do conceito, o que permitiu agrupá-los e nominá-los nos três grupos temáticos: I. Aspectos legais e a evolução histórica relacionada ao PE; II. PE na literatura; e, III. PE no ensino e na prática de enfermagem, respectivamente.

Nestes grupos temáticos foram observados componentes padronizados e funcionais durante as atividades que caracterizam a prática do PE e no ensino, desde o início da formação profissional, nas disciplinas do curso de graduação, até sua aplicação na prática do enfermeiro e na pesquisa. Desta forma, a denominação da Classe 4 ficou estruturada em: Interfaces teóricas e práticas nos diferentes aspectos do PE. A caracterização desta classe é evidenciada a seguir.

3.3.1 CLASSE 4. Interfaces teóricas e práticas nos diferentes aspectos do PE

Os aspectos operacionais desta classe são caracterizados pela presença de 198 formas reduzidas de palavras plenas incluindo todas as variáveis de identificação e a caracterização da amostra do estudo, das quais foram selecionadas 62 formas reduzidas do total de 86, considerando-se o χ^2 maior ou igual a 34. As variáveis válidas selecionadas no corpus foram 51 e as palavras analisadas que compuseram esta classe foram 89, das quais as formas reduzidas representam as palavras mais características distribuídas nas u.c.e. desta classe. A seguir, no quadro 4 são mostradas as variáveis de identificação e a caracterização associada a esta classe.

QUADRO 5. VARIÁVEIS DE IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO ASSOCIADAS À CLASSE 4. RIO DE JANEIRO, 2015.

Variáveis	Forma reduzida	x ²	f corpus	f classe	% classe
Número do texto / Tipo de estudo	*tex65_art_pesq	209	65	45	69%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex63_art_rev	134	28	23	82%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex99_art_pesq	129	65	37	57%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex31_dissert	94	66	33	50%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex70_art_rev	86	91	39	43%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex68_art_rev	67	30	18	60%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex43_art_pesq	63	61	27	44%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex66_art_rev	47	38	18	47%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex46_editor	33	10	7	70%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex108_art_pesq	33	35	15	43%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex05_art_rev	32	39	16	41%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex22_dissert	29	58	20	34%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex47_editor	23	16	8	50%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex55_art_pesq	17	49	15	31%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex21_editor	9	13	5	38%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex19_editor	9	9	4	44%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex45_editor	8	6	3	50%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex25_art_pesq	8	27	8	30%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex69_art_rev	7	61	14	23%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex51_art_refl	7	40	10	25%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex29_art_pesq	5	61	13	21%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex96_art_pesq	3	15	4	27%
Tema	*sae_pe	307	413	159	39%
Tema	*pe_ensino_formaç	94	66	33	50%
Tema	*sust_teor_pe	91	114	46	40%
Tema	*pe_ensino	39	219	55	25%
Tema	*facil_dific_pe	4	260	41	16%
Tema	*pe_formaç	3	15	4	27%
Instituição de publicação	*ufsm	295	131	78	60%
Instituição de publicação	*aben	59	495	111	22%
Instituição de publicação	*ufpe	51	306	75	25%
Instituição de publicação	*coren	8	6	3	50%
Instituição de publicação	*eerp	7	511	78	15%
Instituição de publicação	*uem	6	102	20	20%
Instituição de publicação	*ufsc	2	160	25	16%
País / Estado de publicação	*bras_rs	295	131	78	60%
País / Estado de publicação	*bras_df	57	525	115	22%
País / Estado de publicação	*bras_pe	50	306	75	49%
País / Estado de publicação	*bras_pr	5	251	41	16%

Variáveis	Forma reduzida	x ²	f corpus	f classe	% classe
País / Estado do autor principal	*aut_bras_pr	20	347	67	19%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_sp	13	1332	194	15%
País / Estado do autor principal	*aut_espanha	13	127	28	22%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_go	5	61	13	21%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_pb	5	398	61	15%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_mg	3	458	65	14%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_rj	2	443	62	14%
País / Estado de publicação	*aut_bras_sc	2	160	25	16%
Ano de publicação	*2011	76	450	110	24%
Ano de publicação	*2006	69	308	82	27%
Ano de publicação	*2002	6	298	48	16%
Idioma	*port	130	3915	582	15%

As variáveis associadas a esta classe em relação aos textos nela incluídos foram: estado de origem, número e tipos de texto (*tex), tema, instituição de publicação, país e estado da publicação, país e estado do autor principal, ano de publicação e idioma. Os 22 textos que foram selecionados pelo Alceste nesta classe receberam as seguintes siglas: *tex65_art_pesq, *tex63_art_rev, *tex99_art_pesq, *tex31_dissert, *tex70_art_rev, *tex68_art_rev, *tex43_art_pesq, *tex66_art_rev, *tex46_editor, *tex108_art_pesq, *tex05_art_rev, *tex22_dissert, *tex47_editor, *tex55_art_pesq, *tex21_editor, *tex19_editor, *tex45_editor, *tex25_art_pesq, *tex69_art_rev, *tex51_art_refl, *tex29_art_pesq e *tex96_art_pesq.

São apresentadas a seguir, as formas reduzidas com maiores valores de x², suas frequências reduzidas de palavras plenas no *corpus* de análise e na classe com seus respectivos contextos semânticos. O quadro 6 mostra estas formas reduzidas e o contexto semântico em que estão inseridas na classe 4.

QUADRO 6. FORMAS REDUZIDAS DE PALAVRAS PLENAS ASSOCIADAS À CLASSE 4. RIO DE JANEIRO, 2015

Forma reduzida	x ²	f corpus	f classe	% classe	Palavras plenas e contexto semântico
brasil+	369	102	74	73%	Brasil (71) brasileiros (5)
Cofen	350	65	56	86%	Cofen(60)
brasileir+	306	72	56	78%	Brasileira (27) brasileiras (24) brasileiro (8)
public+	283	112	70	63%	Publica (17) publicação (14) publicada (1) publicado (8) publicar(1) publicaram(1)
resoluc+	258	97	62	64%	Resolução (64) resoluções (1)
Horta	253	68	50	74%	Horta(54)
Wanda	241	32	32	100%	Wanda(32)
escola+	239	66	48	73%	Escola (12) escolas (49)

Forma reduzida	x ²	f corpus	f classe	% classe	Palavras plenas e contexto semântico
gradu+	220	94	57	61%	Graduação (59) gradual (1) graduar (1)
Instituições	215	154	76	49%	Instituições (81)
curso+	205	66	45	68%	Curso (21) cursos (27)
decada+	189	92	53	58%	Década (37) décadas (16)
privad+	185	53	38	72%	Privada (14) privadas (21) privado (5)
universidade+	172	37	30	81%	Universidade (19) universidades (13)
docente+	166	68	42	62%	Docente (10) docentes (49)
Publicações	166	38	30	79%	Publicações (35)
curriculo+	164	24	23	96%	Currículo (22) currículos (7)
consulta_de_enferma	163	28	25	89%	Consulta de enfermagem (25)
nacion+	160	39	30	77%	Nacionais (9) nacional (22)
ano+	154	125	59	47%	Ano (18) anos (45)
lei_do_exercicio_pr	124	32	24	75%	Lei do exercício profissional (18)
ensin+	118	191	70	37%	Ensina (5) ensinado (4) ensinando (2) ensinar(1) ensino(68)
sistematizacao_da_a	113	971	211	22%	Sistematização da assistência (4)
ministr+	111	17	16	94%	Ministra (1) ministrada (1) ministrado (4) ministram (5) ministrando (1)
metodologia_da_assi	104	68	35	51%	Metodologia assistencial (7)
period+	99	84	39	46%	Periódico (1) periódicos (6) período (34)
pos_graduacao	97	21	17	81%	Pós-graduação (17)
autor+	87	129	49	38%	Autor (3) autora (11) autoras (8) autores (26) autoria (3)
processo_de_enferma	87	1129	223	20%	Processo de enfermagem (256)
conselho+	86	33	21	64%	Conselho (20) conselhos (2)
disciplin+	83	61	30	49%	Disciplina (20) disciplinas (14)
estagio+	79	22	16	73%	Estágio (10) estágios (6)
Trabalhos	79	27	18	67%	Trabalhos (20)
artigo+	66	70	30	43%	Artigo (15) artigos (17)
hospit+	66	59	27	46%	Hospitais (27)
aula+	63	18	13	72%	aula (6) aulas(9)
merec+	63	18	13	72%	Merece (9) merecem (2) mereceram (2)
Destaque	63	23	15	65%	Destaque (15)
Saúde	62	430	101	23%	Saúde (107)
Públicos	60	14	11	79%	Públicos (11)
aplic+	59	321	81	25%	Aplica (4) aplicação (58) aplicada (3) aplicado(8) aplicam(5) aplicar(8)
Obrigatoriedade	59	12	10	83%	Obrigatoriedade (11)
dispo+	57	17	12	71%	Dispõe (11) dispõem (1)
privativa+	56	28	16	57%	Privativa (12) privativamente (1) privativas (4)
tematica+	54	55	24	44%	Temática (27) temáticas (1)
revist+	53	13	10	77%	Revista (3) revistas (5) revisto (2)
assunto+	53	29	16	55%	Assunto (14) assuntos (2)
cenario+	51	61	25	41%	Cenário (15) cenários (10)

Forma reduzida	x ²	f corpus	f classe	% classe	Palavras plenas e contexto semântico
referenci+	51	53	23	43%	referenciais (4) referencial (20)
teor+	49	253	65	26%	Teoria (17) teorias (4) teórica (10) teóricas (6) teórico (22) teóricos (9) teorista (2)
implant+	46	238	61	26%	Implantação (97) implantada (2) implantado (4) implantar (15)
sinonimo+	44	23	13	57%	Sinônimo (4) sinônimos (9)
professor+	44	50	21	42%	Professor (4) professora (1) professores (20)
introduzid+	42	21	12	57%	Introduzida (2) introduzido (10)
atividade_privativa	41	13	9	69%	Atividade privativa (7) atividade privativa do enfermagem (2)
mestr+	40	16	10	63%	Mestrado (9) mestres (1)
dissertac+	39	11	8	73%	Dissertação (1) dissertações (10)
introduz+	37	14	9	64%	introduz (1) introduzir (5) introduziu(3)
Coren	35	12	8	67%	Coren(9)
Regiao	35	12	8	67%	Região (8)
metodologia_cientif	35	12	8	67%	Metodologia científica (8)

As palavras e variáveis mais significativas desta classe foram apresentadas no Quadro 7, sendo utilizado o corte gerado pelo programa Alceste a partir do x² igual ou superior a 166.

QUADRO 7. PALAVRAS E VARIÁVEIS MAIS SIGNIFICATIVAS DA CLASSE 4. RIO DE JANEIRO, 2015

Palavras e Variáveis:	X ² :	Total:	Porcentagem:
brasil+	369	74	73%
Cofen	350	56	86%
*sae_pe	307	413	39%
brasileir+	306	56	78%
*bras_rs	295	131	60%
*ufsm	295	131	60%
public+	283	70	63%
resoluc+	258	97	64%
Horta	253	68	74%
Wanda	241	32	100%
escola+	239	66	73%
gradu+	220	94	61%
Instituicoes	215	154	49%
curso+	205	66	68%
decada+	189	92	58%
Mil	189	136	49%
privad+	185	53	72%
universidade+	172	37	81%
docente+	166	68	62%
Publicações	166	38	79%

As formas reduzidas de palavras plenas que apresentaram presenças significativas e com os maiores x² na classe 4 são: brasil+, cofen, brasileiro+, public+, resoluc+, horta, wanda, escola+, gradu+, instituições, curso+, decada+, privad+, universidade+, docente+, publicações, curriculo+, consulta_de_enferma, nacion+, ano+, lei_do_exercicio_pr, ensin+.

sistematizacao_da_a, ministr+ e metodologia_da_assi. Apresentaram maior frequência de aparecimento nesta classe as palavras: processo_de_enferma (1129), sistematizacao_da_a (971), aplic+ (321), teor+ (253), implant+ (238), metodolog+ (181) e area+(138).

As análises estatísticas do valor de χ^2 das variáveis associadas à classe 4, ou seja, a relação entre o total de u.c.e. produzidas no *corpus* e o total de u.c.e. pertencentes à classe evidenciaram-se por saberes produzidos no Brasil originados principalmente do Rio Grande do Sul. A maioria dos estudos foi do tipo artigos de pesquisa e de revisão, publicados nos anos de 2011, 2006 e 2002. Outro destaque diz respeito a variável da temática abordada pelos pesquisadores, cujas variáveis foram: *sae_pe, *pe_ensino_formaç, *sust_teor_pe, *pe_ensino, *facil_dific_pe e *pe_formaç.

As formas reduzidas, palavras plenas e variáveis mais significativas desse bloco temático expressam um contexto semântico que tem um grau de associação e estabelecem uma ideia geral dos conteúdos apresentados nesta classe, que apontam principalmente para os aspectos legais envolvidos na implantação e implementação do PE no Brasil, com destaque para os aspectos relativos ao ensino do PE nas instituições de ensino no território nacional e para a participação fundamental de Wanda de Aguiar Horta como pioneira na abordagem da temática no curso de Graduação.

O conteúdo das u.c.e. presentes na classe 4 e os dados estatísticos apresentados definiram o contexto semântico dos três grupos temáticos. Os grupos de formas reduzidas de palavras têm um grau de associação entre si, que reúnem a ideia ou o sentido característico dos subtemas presentes neste grupo. A figura 7, apresentada a seguir, corresponde a uma representação da formação dos núcleos temáticos ou temáticas a serem analisados, o que permite a compreensão da formação da classe e a ligação das palavras significativas e de seus contextos.

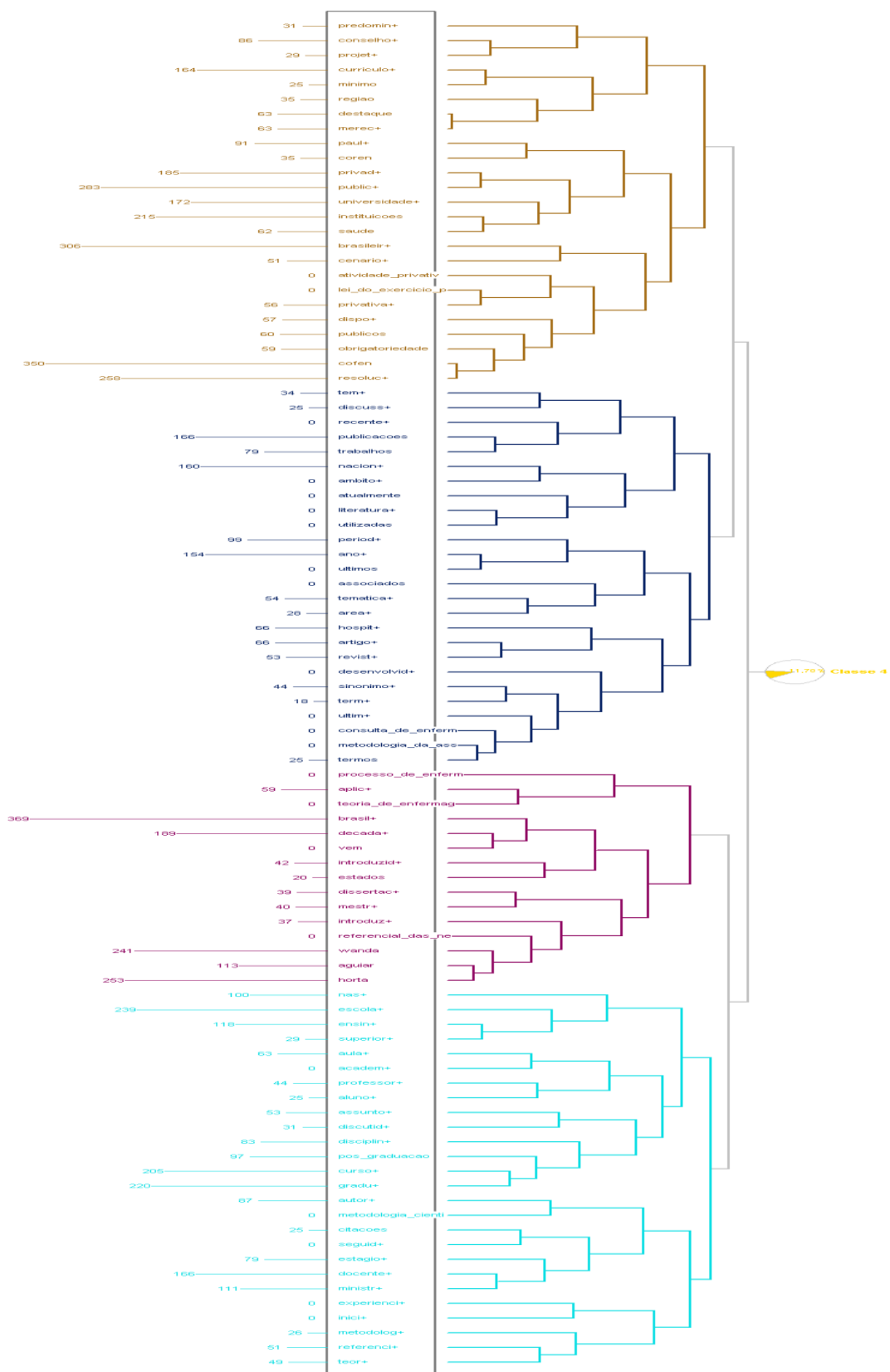


FIGURA 7. Classificação Ascendente HIERÁRQUICA (CHA) da classe 4. Rio de Janeiro, 2015.

O quadro 8 referente ao Bloco Temático 1 apresenta a seguir, as denominações da classe 4 e de seus grupos temáticos e seus subtemas, a partir os vocábulos de maior representatividade destacados na CHA da página anterior.

QUADRO 8. VOCÁBULOS DE MAIOR REPRESENTATIVIDADE QUANTO A EVOLUÇÃO DO PE NO ENSINO, PRÁTICA E NA PESQUISA NA CLASSE 4. RIO DE JANEIRO, 2015

CLASSE 4: Tema: INTERFACES TEÓRICAS E PRÁTICAS NOS DIFERENTES ASPECTOS DO PE.	
GRUPO TEMÁTICO I. ASPECTOS LEGAIS E EVOLUÇÃO HISTÓRICA RELACIONADOS AO PE:	
Subtema 1. Ensino de Enfermagem na Graduação	Predomínio, conselho, projetou, currículo mínimo, COFEN
Subtema 2. Resolução de São Paulo sobre o PE	Região, destaque, merece, São Paulo, COREN, obrigatoriedade, lei do exercício profissional
Subtema 3. Impacto das Resoluções sobre a SAE e o PE	Cenário, brasileiro, atividade privativa, lei do exercício dispõe, públicos, obrigatoriedade, COFEN, Resolução
Subtema 4. A SAE e PE nas instituições de saúde públicas e privadas	Privada, publica, universidade, instituição, saúde
GRUPO TEMÁTICO II. PE NA LITERATURA:	
Subtema 5. Evolução do PE na literatura	Item, discussão, recente, publicações, trabalhos, âmbito nacional, atualmente, literatura, usadas, período, anos, últimos
Subtema 6. Publicações sobre o PE no contexto hospitalar	Associadas, temáticas, área, hospitalar, artigo, revistas, desenvolvidos, sinônimo termos
GRUPO TEMÁTICO III. PE NO ENSINO E NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM:	
Subtema 7. O ensino do PE na Graduação e Pós Graduação no Brasil	Estados, dissertação, mestrado, nas, escolas, ensino, superior, aula, Professor, aluno, assuntos, discutido, disciplinas, pós-graduação, curso, graduação, autor
Subtema 8. PE como metodologia científica	Processo de enfermagem, teoria de enfermagem, Metodologia científica,
Subtema 9. PE na prática profissional do enfermeiro	Aplicação, citações, seguida, estagio, docente, ministrar, experiência, início, metodologia, referencial, teórico

A análise das formas reduzidas da classe 4 possibilitou uma compreensão preliminar dos conteúdos desta classe. A CHA apresentada na figura anterior, juntamente com as u.c.e. e seus vocábulos de maior representatividade delimitaram e possibilitaram uma melhor definição dos grupos temáticos apresentados a seguir. Entretanto, as denominações empregadas nos subtemas deste quadro não estão claramente indicadas como um item do texto da análise, sendo os grupos temáticos delimitados pelas u.c.e. e pelos vocábulos mostrados no texto.

3.3.1.1 GRUPO TEMÁTICO I. ASPECTOS LEGAIS E EVOLUÇÃO HISTÓRICA RELACIONADOS AO PE

Para a compreensão da evolução histórica do PE torna-se essencial destacar os primórdios das atividades de enfermagem e logo após a revolução industrial, época em que ocorreu o desenvolvimento de novas tecnologias em praticamente todas as áreas do conhecimento. Nessa altura, as ciências aplicadas possibilitaram o advento de máquinas e equipamentos e, além disso, de novos mecanismos e formas de se pensar o processo de trabalho. Após esse período, em decorrência da nova lógica proveniente do processo de industrialização, os reflexos da difusão cultural exercida pelos países industrializados passaram a ser observados, também, no setor Saúde, tais como, repercussões no ensino médico e na infraestrutura de assistência à saúde (BARRA et al, 2006).

No contexto das atividades de enfermagem sua normatização ocorreu, inicialmente nas décadas de vinte e trinta, na realidade americana através da introdução de aspectos do planejamento da prática. Também houve neste período, a elaboração de instrumentos de trabalho de enfermagem que se relacionavam ao treinamento dos agentes executores das atividades. Dentro dessa lógica e, a partir das necessidades de organização dos hospitais foi fomentada a constituição de um saber de enfermagem que, paralelamente às técnicas, foi fundamental como formador do processo de trabalho da enfermagem, o qual foi sendo difundido em todo o mundo (ALMEIDA; ROCHA, 1989; ALMEIDA et al., 2009).

Outro importante período da história da enfermagem diz respeito às teorias de enfermagem, pois até o fim da década de 1950, pouco se fez em relação à ciência da enfermagem. A partir daí, parece ter havido um consenso entre os enfermeiros pela busca de conhecimentos específicos da profissão, organizados e sistematizados em teorias e modelos de estruturas, visando descrever, explicar e prever fenômenos vinculados à disciplina de enfermagem (CIANCIARULLO, 2001; OLIVEIRA; PAULA; FREITAS, 2007).

Em relação a estes aspectos, a Enfermagem adotou inicialmente o estudo de caso como uma metodologia empregada no ensino e na prática, conforme destacam os vocábulos: *décadas, vem, usada, utilização, introduzida, discutido, discussões, ensino, Estado, Brasil e brasileiro*, tais como as u.c.e. apresentadas a seguir mostram:

*A preocupação em estabelecer uma normatização de **cuidados** individualizados ao cliente **vem** sendo percebida pela enfermagem há **décadas**. Desde mil novecentos e vinte e nove, nos **Estados Unidos**, e mil novecentos e trinta e quatro no **Brasil**, a **utilização** de estudos de caso foi **introduzida** nas **discussões** de **ensino** e práticas (u.c.e. 520, Classe: 4, *Khi*²: 37, texto 7).*

*[A sistematização da assistência de enfermagem é uma metodologia de organização, planejamento e execução de ações sistematizadas, que são realizadas pela equipe durante o período em que o cliente se encontra sob a assistência de enfermagem]. Essa **metodologia** foi **introduzida**, inicialmente nas **décadas** de vinte e trinta, nos cursos de enfermagem, particularmente no **ensino** dos **estudos** de caso e no planejamento de cuidados individualizados (u.c.e. 1811, Classe: 4, Khi²: 34, tese 28).*

Neste sentido, o PE já vinha sendo aplicado nos Estados Unidos e Reino Unido, quando na década de 70 chegou ao Brasil, através do ensino da enfermagem, contribuindo para a teoria de enfermagem de Wanda de Aguiar Horta, como apontam as u.c.e. e os vocábulos ilustrativos desta classe, a saber: *processo de enfermagem; aplicação, nas, escolas, nível, ensino, superior*, como destacados a seguir:

*Nos EUA, esse tema [PE] foi **introduzido** durante os anos cinquenta e sessenta, enquanto que, na Espanha, o **processo de enfermagem** foi **ensinado** no tardar da **década** de setenta. Foi apenas em mil novecentos e setenta e sete que a formação de enfermeiros atingiu o **nível** universitário e os currículos espanhóis começaram a incluir o **ensino** do processo de enfermagem (u.c.e. 7197; Classe: 4; Khi²: 52; texto 108).*

*O **processo de enfermagem** já vinha sendo **aplicado** nos **estados** unidos e reino unido, quando na **década** de setenta, chegou ao Brasil invadindo as **escolas de enfermagem** e contribuindo para a **teoria** de enfermagem de Wanda de Aguiar Horta (u.c.e. 385, Classe: 4, Khi²: 59, texto 5).*

Ao longo dos anos 50, surgiu o primeiro grupo de enfermeiras brasileiras precursoras dos estudos científicos na área de enfermagem, cuja produção mereceu destaque em nosso país. A primeira tentativa bem sucedida de uma investigação de âmbito nacional, para conhecer o quantitativo da enfermagem no país ocorreu em 1950 (SALLES; BARREIRA, 2010). Neste sentido, Cianciarullo (2001), descreve que até o fim dos anos cinquenta, pouco se produzia ou se falava a respeito da Enfermagem enquanto geradora de conhecimentos e de ciência.

A partir da década de sessenta, através de realização de consensos entre enfermeiros iniciaram-se buscas de conhecimentos que reafirmassem a profissão, organizados e sistematizados em modelos de teorias e de estruturas, visando descrever, explicar e prever fenômenos vinculados às atividades de enfermagem. Neste sentido, a literatura afirma que a busca por autonomia e por uma maior especificidade para a Enfermagem possibilitaram a construção de um corpo de conhecimentos científicos iniciados no fim da década de sessenta estendendo-se pelos anos setenta (ALMEIDA; ROCHA, 1997) chegando até a atualidade.

Este conhecimento contribuiu para o desenvolvimento de um método científico, que possibilitou ao enfermeiro prestar cuidados individualizados e centrados nas necessidades humanas básicas. Este método baseia-se numa assistência planejada, fundamentada em conhecimentos científicos e desenvolvida através do PE, que é considerado como a metodologia de trabalho mais conhecida e aceita no mundo, o que facilita a troca de informações entre

enfermeiros de várias instituições. Neste sentido, as u.c.e. e as palavras *fenômenos*, *conteúdo* e *literatura*, apresentadas em seguida abordam estes aspectos:

*A preocupação em orientar as **atividades** de enfermagem com respaldo no método científico teve como **marco** o **desenvolvimento** e divulgação do **processo de enfermagem**, que foi inicialmente expresso na **literatura** norte americana, nas **décadas** de cinquenta e sessenta (u.c.e. 4095, Classe: 4, Khi²: 60, texto 63).*

*O **ensino** de enfermagem no **Brasil** teve como referencial a Enfermagem americana, que, no início do século, apresentava um **ensino** com pouco **conteúdo** teórico e enfocava a repetição de tarefas, sem a esperada compreensão dos **fenômenos** (u.c.e. 6617, Classe: 4, Khi²: 36, texto 99).*

Neste sentido, a Enfermagem vem aprimorando seus conhecimentos e propondo melhorias para a sua prática assistencial nos últimos anos, desenvolvendo uma metodologia própria de trabalho, baseada no método científico, a qual é denominada PE. Ele é uma tecnologia do cuidado que orienta o raciocínio lógico e melhora a qualidade do cuidado por meio da sistematização da avaliação clínica, dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados de enfermagem (BARROS et al., 2015). As palavras *hospitalar*, *instituições*, *área*, *saúde*, *utilizada*, *teoria* e *enfermagem* estão na u.c.e. apresentada a seguir:

*[A sistematização da assistência de enfermagem é entendida como um método de trabalho da enfermagem que pode ser aplicado na prática por meio de instrumentos, e vem, nos últimos anos,] sendo **utilizada** em algumas **instituições** de **saúde** como uma metodologia assistencial que faz uso do **processo de enfermagem**. Ela traduz uma **teoria** de enfermagem na **assistência** aos pacientes, as suas necessidades, como sua **aplicação** prática. Desde a **década** de setenta, o **processo de enfermagem** vem sendo **implantado** no **Brasil**, inicialmente por **Wanda Aguiar Horta**. (u.c.e. 1739, Classe: 4, Khi²: 40, texto 27).*

Em nosso país, da mesma maneira que em outros países da América Latina, os investimentos na literatura científica aumentaram no final dos anos 70 e começo dos anos 80, atrelados à expansão econômica. Mas, estes investimentos foram reduzidos nos anos 80, quando estes países enfrentaram dificuldades econômicas. Nos anos 90 surgiu uma nova onda de investimentos e expansão, que trouxe a previsão de um futuro científico menos árido para a região (CARVALHO; ROSSI, 1998).

A partir da década de setenta, várias pesquisas foram realizadas, tendo por objeto a elaboração de conceitos, os quais fundamentam as fases do processo de enfermagem expressadas de diferentes maneiras, segundo os modelos conceituais adotados (SALOMÃO; AZEVEDO, 2009). Um fato marcante dessa época foi à influência dos trabalhos de Wanda de Aguiar Horta como uma primeira fundamentação para o PE, que introduziu como base teórica a teoria das necessidades humanas básicas de Maslow. A proposição de Horta teve contribuição significativa para o ensino, a implementação e pesquisa sobre o PE nas instituições brasileiras de ensino e saúde. Esta afirmação também é ilustrada pelas palavras destacadas nos núcleos

temáticos da CHA, como: *introduzir, referencial das necessidades humanas básicas, Wanda, Aguiar, Horta, escolas, ensino e superior*. Neste sentido, as u.c.e. apresentadas a seguir destacam alguns destes aspectos, a saber:

*Na enfermagem existem vários métodos denominados **processo de enfermagem** propostos para o **planejamento** dos cuidados de enfermagem e implementação da **assistência de enfermagem** com fundamento no **método científico** de resolução de problemas. No Brasil, o método científico **mais conhecido** foi teorizado, estudado e desenvolvido por **Wanda de Aguiar Horta**, na **década** de sessenta sendo denominado processo de enfermagem (u.c.e. 1404, Classe: 4, Khi²: 36, texto 22).*

*No Brasil, a partir dos estudos de Wanda de Aguiar Horta, uma das pioneiras a refletir sobre o **processo de enfermagem**, iniciou-se um apontamento para a necessidade de se introduzir a **sistematização da assistência de enfermagem** nas **instituições de saúde brasileiras** (u.c.e. 4218, Classe: 4, Khi²: 40, texto 65).*

*No Brasil, o emprego do **processo de enfermagem** foi incentivado por **Wanda de Aguiar Horta**, na **década** de setenta que trouxe como **referencial teórico** a teoria das **necessidades humanas básicas** de Maslow (u.c.e. 4570, Classe: 4, Khi²: 60, texto 70).*

*Nos **anos de setenta**, **Horta** continuou propagando a **necessidade** do planejamento da assistência, em **três artigos** datados de mil novecentos e setenta e um [deles] chamado "o ensino dos instrumentos básicos de enfermagem", de autoria de **Horta** [no qual considera como funções da enfermeira a determinação do diagnóstico de enfermagem e a elaboração e execução do plano de cuidados de enfermagem] (u.c.e. 4617, Classe: 4, Khi²: 26, texto 70).*

O PE precisa dispor de um referencial teórico para ser desenvolvido e, de acordo com este, o qual será usado na prática assistencial, determina-se o enfoque do cuidado que será prestado e o número de etapas para sua operacionalização. Diferentes autores propõem diversas etapas do PE. No entanto, independentes do número e nomes de etapas adotadas, o PE deve atender as etapas do método científico, sua base de desenvolvimento, a saber: levantamento de dados (que inclui o histórico), intervenção (que implica em planejamento), e avaliação (que engloba a evolução e prognóstico). Além disso, os conceitos empregados para definir a dinâmica do cuidado variam de acordo com o modelo teórico adotado para o PE, no contexto do desenvolvimento da prática de enfermagem (DUARTE; ELLEN SOHN, 2007).

No Brasil, o PE proposto por Horta (1979) e amplamente difundido na década de 70, preconizava seis etapas, a saber: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados de enfermagem ou prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem. Este modelo é o mais utilizado no Brasil até os dias de hoje. Destacam-se as palavras: *processo de enfermagem, difundido e referencial* na u.c.e. mostrada a seguir:

*[Tendo sido legitimado como marco teórico da prática de enfermagem, (...) aos poucos (o PE) foi se difundindo mundialmente e se incorporado à estrutura da maioria dos currículos de enfermagem]. Desse modo, o **processo de enfermagem** foi **introduzido** no **Brasil** em mil e novecentos e setenta e nove, por meio da **proposta** do **referencial** das **necessidades humanas básicas de Wanda Horta** que incluía seis fases; [histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados de enfermagem ou prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem] (u.c.e. 113, Classe: 4, Khi²: 30, texto 02).*

Destaca-se neste momento, o movimento nacional de reorganização do setor saúde configurado no Sistema Único de Saúde, que exigiu uma mudança na formação dos profissionais e a transformação das práticas e da organização do trabalho em saúde. O marco dessa mudança foi a elaboração das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação para a Enfermagem, em 2001, o que culminou na implantação de um novo currículo e formulação da política de educação permanente em saúde (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009).

Uma das questões abordadas nestas Diretrizes diz respeito à articulação da formação dos enfermeiros ao mundo do trabalho, de forma que eles possam intervir sobre: os problemas de saúde, as mudanças nos modelos assistenciais, o investimento em treinamento de modelos teóricos para a sistematização, intervindo, ainda, sobre o compromisso e a adesão dos profissionais que assumem o compromisso de conferir a potencialidade da abordagem integral à saúde das pessoas, como destacam as palavras: *currículo, mínimo, graduação, diretrizes, publicação, projeto, projetou, escolas, curso, superior, mestrado, pós-graduação, professora e professor*. As u.c.e. apresentadas a seguir exemplificam estes aspectos:

*Na década de noventa com a **publicação** da lei de **diretrizes** e bases da educação ocorreu a substituição do antigo **currículo mínimo** pelas diretrizes curriculares, trazendo maior flexibilização à organização e **operacionalização** do **currículo** pleno de **graduação**. Desta forma, o **processo de enfermagem** [pôde ser inserido de forma mais efetiva nos currículos] (u.c.e. 4102, Classe: 4, Khi²: 31, texto 63).*

*[Sendo assim, pode-se notar que o **ensino** de enfermagem acompanhou o processo histórico até a publicação da lei de diretrizes e bases da educação], a qual adota **diretrizes curriculares**, ao invés de **currículo mínimo**. Com isso, foi possível flexibilizar a **organização** e a operacionalização do **currículo** pleno de **graduação**, permitindo às **instituições** de **ensino superior** que componham seu próprio **projeto** pedagógico, de acordo com sua realidade (u.c.e. 6622, Classe: 4, Khi²: 18, texto 99).*

*Em seu princípio, o **processo de enfermagem** foi implantado e desenvolvido especialmente no campo do **ensino**, ou seja, nas **escolas de enfermagem**. Na **década** de setenta, seu uso foi estendido a prática clínica e a prática profissional. O **processo de enfermagem** consistia inicialmente de três etapas, passando posteriormente a quatro etapas (u.c.e. 7173, Classe: 4, Khi²: 26, texto 108).*

*No **Brasil**, o **ensino** do processo de enfermagem **nas escolas** de **graduação** e também em **cursos de pós-graduação**, teve [um] desenvolvimento acentuado na **década** de setenta. Ficou registrada a **influência** de **Wanda Horta** nesse período, em vários acontecimentos, dentre os quais se ressalta a participação da **professora** Horta na **Escola Ana Néri**, que instituiu o primeiro **curso** de **mestrado** em enfermagem, no **Brasil** (u.c.e. 6634, Classe: 4, Khi²: 70, texto 99).*

A partir da revisão da regulamentação do exercício das atividades de enfermagem no nosso país em 2002, e do momento político econômico pós-constituição, um movimento de profissionais desenvolveu-se nos anos noventa, que teve como fato assinalador a formação de grupos de pesquisa, com produção sistemática e coletiva de investigações na Enfermagem (SALLES; BARREIRA, 2010), dentre as quais surgiram as primeiras pesquisas sobre o PE.

Este movimento resultou no surgimento de legislação específica relativa às prescrições de enfermagem, SAE e PE, em âmbito regional e nacional. Os vocábulos de maior representatividade, tais como *lei do exército, privativa, atividade privada, regulamenta, resolução consulta de enfermagem, âmbito, nacional* e *cenário* são destacados nas u.c.e. são apresentadas a seguir mostrando seus significados semânticos, a saber:

*Estudos sobre sistematização da assistência de enfermagem mereceram destaque somente no final dos **anos** de oitenta, quando se **regulamenta a lei do exercício profissional** da enfermagem no país, que definiu como **atividade privativa** do enfermeiro, entre as outras, a elaboração da **prescrição de enfermagem** [uma das etapas do PE] (u.c.e. 7067, Classe: 4, Khi2: 24, texto 106).*

*A incorporação da **sistematização da assistência de enfermagem** no **cenário** da prática da enfermagem brasileira teve **início** em mil novecentos e noventa e nove, com a **decisão do Conselho Regional de Enfermagem**, tomando **obrigatória** a sua implantação em todas as **instituições públicas e privadas** que oferecem **serviço de enfermagem** no âmbito do estado de **São Paulo**; posteriormente, em dois mil e dois, o **Conselho Federal de Enfermagem**, por meio da **resolução** do COFEN de dois mil e dois ampliou a exigência para todo **território brasileiro** (u.c.e.: 6773; Classe: 4; Khi2: 21; texto:102).*

*[Com a publicação do novo código de ética dos profissionais de enfermagem, em dois mil e sete, associados à evolução dos conceitos de consulta de enfermagem e da sistematização da assistência de enfermagem,] emergiram reflexões **nacionais** sobre o assunto que ganharam destaque com a **publicação**, em dois mil e nove, de uma nova **resolução** que avançou nas questões sobre a **sistematização da assistência de enfermagem** e a implementação do **processo de enfermagem** (u.c.e. 1630, Classe: 4, Khi2: 30, texto 25).*

Outro fato a ser destacado no final dos anos noventa e início dos anos dois mil foi a abordagem da SAE pelos COREN regionais, como forma de regulamentar e implementar a aplicação do PE pelos profissionais da área. No cenário nacional vivencia-se uma mudança paradigmática do modo de produzir saúde, que se iniciou desde o movimento da Reforma Sanitária nos anos 1970, passando pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos oitenta, para culminar na prática assistencial dos anos dois mil e dos tempos atuais (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009). Grandes avanços foram obtidos através destas proposituras, e de esforços de diversos cenários e serviços, como a universidade, os serviços de saúde e os Conselhos de Enfermagem. A seguir, as u.c.e. e palavras representativas como: *iniciativa, investimento, âmbito, nacional* e *COREN* assinalam estes aspectos:

Após a **iniciativa** e investimento do **COREN** de São Paulo, em mil novecentos e noventa e nove, de implantar o **processo de enfermagem** de forma definitiva nas **instituições de saúde públicas e privadas** de todo o **Estado**, a Resolução **COFEN** de dois mil e dois, [surgiu como apoio legal para a implementação dessa prática em **âmbito nacional**, dispondo sobre a sistematização da assistência de enfermagem nas instituições de saúde brasileiras] (u.c.e. 394, Classe: 4, Khi²: 70, texto 5).

[A falta de constância na elevação no número de publicações nos leva a questionar se quando caem os números de publicações significa que houve, de fato,] uma queda na implementação da **sistematização da assistência** de enfermagem nas **instituições de saúde** ou se, simplesmente não se **investiu** em **publicações** de experiências naquele período (u.c.e. 4238, Classe: 4, Khi²: 59, texto 65).

Em dois mil e nove, o **COFEN** publica a **Resolução**, que endossa a **obrigatoriedade** da **implantação** da sistematização da assistência de enfermagem em todo **território nacional** [e destaca a necessidade iminente da utilização das teorias de enfermagem como base para a operacionalização do processo de enfermagem, além de reforçar a importância do registro do processo no prontuário do paciente] (u.c.e. 4239, Classe: 4, Khi²: 59, texto 65).

No ano de 2009, o COFEN afirmou em Resolução, que a SAE deveria ocorrer em todas as instituições de saúde brasileiras, públicas e privadas, considerando sua institucionalização como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado pelo enfermeiro em todas as áreas de assistência à saúde.

Considerou-se, em 2006 pelo COREN de São Paulo que a implantação da SAE implicava uma melhoria da qualidade da assistência de enfermagem (BRASIL, 2006). Porém, atualmente verifica-se que tal fato é insuficiente para que a SAE, através do PE, seja transformada em prática cotidiana em todos os serviços de saúde públicos e privados do país, o que é descrito nas palavras de maior representatividade como: *COFEN, obrigatória, obrigatoriedade, Resolução, início, instituições, públicas e privadas*, e nas u.c.e. a seguir:

*Em dois mil e dois ressalta-se o marco regulatório acerca da implantação e manutenção da **sistematização da assistência de enfermagem** no Brasil. Este marco foi definido pela Resolução do **COFEN** de dois mil e dois que define a **obrigatoriedade**, até o ano de dois mil e doze, da implantação do **processo de enfermagem** em todas as instituições públicas e privadas, de forma organizada e sistemática, [baseando-se em uma teoria que possa nortear as etapas do processo de enfermagem] (u.c.e. 4236, Classe: 4, Khi²: 34, texto 65).*

*Oportunamente, a **Resolução do COFEN** [2009], que dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em cenários **públicos** ou **privados**, em que ocorrem os cuidados profissionais da enfermagem, atualizou conceitos e corrigiu algumas distorções contidas na **Resolução** supracitada [2002], como o fato de se considerar a sistematização da assistência de enfermagem e o **processo de enfermagem** atividades peculiares ao enfermeiro (u.c.e. 2890, Classe: 4, Khi²: 31, texto 43).*

*[O COFEN, no uso de suas atribuições e por intermédio da Resolução de dois mil e dois, revogada pela Resolução de dois mil e nove, estabelece e normatiza a implantação da sistematização da assistência de enfermagem em âmbito nacional], nas **instituições de saúde públicas ou privadas**. No entanto, frente ao **cenário atual** da saúde brasileira, é possível perceber que a referida **Resolução** por si só, ainda não fornece **subsídios** suficientes para a implantação da **sistematização da***

assistência de enfermagem em várias instituições de saúde (u.c.e. 1741, Classe: 4, *Khi*²: 25, texto 27).

Este eixo temático aponta para o processo evolutivo do saber da Enfermagem e os aspectos legais relativos ao PE no Brasil e no mundo. Também aborda a divulgação fundamental deste conhecimento a partir da incorporação do tema nos currículos de graduação de enfermagem nas instituições de ensino e seu uso nas instituições de saúde, a partir de 1994, ano de implementação da primeira versão das diretrizes curriculares como substituta do currículo mínimo de graduação. Ainda destaca como essencial, a regulamentação do exercício das atividades de enfermagem nos anos noventa para a Enfermagem brasileira. Ao lado disto, houve a contribuição dos grupos de pesquisa relativa a uma produção científica sistemática sobre o tema sistematização na área da Enfermagem.

A aplicação do PE tem sido uma exigência legal, por ter se tornado atualmente uma atividade regulamentada na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem e uma exigência do COFEN para todas as instituições de saúde brasileiras, públicas e privadas. Sua institucionalização passou a ser considerada como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro. Portanto, o PE é uma ferramenta de trabalho do enfermeiro no processo de cuidar, sendo a consulta de enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem atividades privativas do enfermeiro. O COFEN considera que a implantação da PE se constitui efetivamente, em requisito para a melhoria na qualidade da assistência de enfermagem.

3.3.1.2 GRUPO TEMÁTICO II. PROCESSO DE ENFERMAGEM NA LITERATURA

Os esforços advindos para o desenvolvimento de uma atividade de pesquisa acadêmica, sistemática e regular levaram ao aumento do quantitativo da produção científica de enfermagem. Apesar disso, persistiu uma enorme dispersão temática, com forte influência da pesquisa de enfermagem de origem norte-americana, cujo enfoque teórico-metodológico era de cunho quantitativo, seguindo o critério de divisão segundo as especialidades médicas (BARRA et al, 2006). As atividades de produção científica e profissional, bem como o movimento para a revisão da regulamentação profissional na década de 80 levaram a alguma evolução do PE, bem como a consolidação da profissão no Brasil através da legitimação da lei do exercício profissional. As u.c.e. e palavras: *metodologia, São Paulo, disciplinas, temática e lei do exercício profissional*, apresentadas a seguir, exploram esta temática:

[Desde a década de setenta, quando o processo de enfermagem surgiu como uma forma de organização dos cuidados de enfermagem e como uma alternativa para o alcance do status profissional do enfermeiro,] muitos enfermeiros têm tentado **operacionalizar** essa **metodologia de assistência** no Brasil. Com a aprovação da **lei do exercício profissional**, que estabeleceu como **atribuição privativa** do enfermeiro a prescrição de cuidados de enfermagem, esse fato pode ser observado na **literatura nacional** na **década** de oitenta, [mediante os vários relatos sobre experiências de implantação do processo de enfermagem em instituições de saúde brasileiras] (u.c.e. 2, classe: 4, khi²:19, texto 1).

Na **literatura brasileira** da **década** de oitenta já se encontravam vários relatos sobre **experiências** de implementação do **processo de enfermagem** em **instituições de saúde** brasileiras, o que reforça a existência de um interesse antigo por parte dos enfermeiros, em operacionalizar o processo de enfermagem (u.c.e. 4116, classe: 4, khi²: 62, texto 63).

Na década de oitenta, as pesquisadoras realizaram um estudo sobre **o ensino da metodologia da assistência de enfermagem**, em seis **escolas de graduação** da grande **São Paulo**, com setenta docentes de **disciplinas** do tronco **profissionalizante**. [E concluíram que este não estava sendo implementado de forma a garantir a competência do futuro profissional para direcionar seu trabalho, tendo por base o método científico] (u.c.e. 6635, classe: 4, khi²: 37, texto 99).

[...] A sistematização da assistência de enfermagem vem sendo discutida, no Brasil, a partir do final da década de setenta até os dias atuais]. No entanto, percebe-se que os anos setenta e oitenta foram marcados por uma constância e um pequeno número de **publicações** abordando a **temática**. Nos anos noventa e dois mil visualiza-se um incremento **significativo** no número de **publicações**, o que pode demonstrar a relevância da temática no **período** (u.c.e. 4227, classe: 4, khi²: 20, texto 65).

A partir da metade da **década** de noventa, as **experiências** de **aplicação** da sistematização da assistência de enfermagem nas **instituições de saúde** ganham força, segundo **as publicações** daquele período, e começam a se multiplicar atingindo o seu ápice nos anos dois mil (u.c.e. 4234, classe: 4, khi²: 33, texto 65).

A literatura existente a respeito da SAE no Brasil encontra seu primeiro embasamento em Wanda de Aguiar Horta e, suas proposições servem até a atualidade, como base para a práxis e a formação na Enfermagem, tal como as palavras *publicações*, *publicado*, *artigos*, *revista* e *livro* como as u.c.e. mostram a seguir:

O referencial das necessidades humanas básicas de **Wanda Horta**, ainda hoje, fundamenta o **ensino** e a **prática assistencial** da categoria, conforme relatos de pesquisas na atualidade. Com a **publicação do livro** de **Horta**, houve a redução de etapas do **processo de enfermagem** propostas em seu **artigo**, que assim ficou configurado: [histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; plano assistencial de enfermagem; prescrição dos cuidados de enfermagem; evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem] (u.c.e. 6677, Classe: 4, Khi²: 27, texto 99).

Quanto ao **referencial teórico** adotado nas **publicações** como suporte ao ensino do **processo de enfermagem** obtiveram-se resultados bastante diversificados. (...) A **referência básica** mais citada, utilizada enquanto **suporte** para a **sistematização da assistência** desenvolvida foi [a] de **Horta**, com setenta e sete citações de docentes, o que é coerente, [já que esse **modelo teórico** é o mais conhecido no Brasil, como se evidenciou em trabalho] (u.c.e. 6663, Classe: 4, Khi² : 31, texto 99).

*[A relevância da aplicação da metodologia científica para a valorização profissional ficou impressa na categoria: o processo de enfermagem, desde sua implantação, registradas nas publicações da Revista Brasileira de Enfermagem]. O primeiro **artigo publicado** na **revista brasileira de enfermagem** sobre **sistematização da assistência de enfermagem**, no período proposto, é de autoria de **Wanda de Aguiar Horta**, intitulado *Considerações sobre o Diagnóstico de Enfermagem* (u.c.e. 4580, Classe: 4, Khi²: 64, texto 70).*

A partir das primeiras teóricas da Enfermagem, precursoras do PE, uma variedade de estudos foi produzida ao longo dos anos. Os diversos conceitos, teorias e modelos específicos da Enfermagem desenvolvidos tiveram por finalidade a fundamentação da prática assistencial, para que as ações fossem planejadas, determinadas e gerenciadas para o cuidado, fosse ele individual ou coletivo, a fim de que seu registro permitisse avaliação e acompanhamento, bem como a geração de conhecimentos. As abordagens encontradas e os métodos de pesquisa e análise utilizados a respeito do tema são diversos sem, contudo, contemplar de maneira consistente sua aplicação na prática, o que está evidenciado através dos vocábulos *metodologia*, *experiência*, que as u.c.e. mostram a seguir:

*[Quanto ao referencial metodológico, em vinte e dois estudos estava explicitada a utilização de algum modelo ou tipo de abordagem]. Nesse âmbito, ocorreram onze estudos quantitativos, um quanti-qualitativo e dez qualitativos. Entre os estudos que não mencionaram a utilização de um **referencial metodológico** constam os relatos de **experiência**, as **reflexões teóricas** e as **revisões de literatura**, que totalizaram quinze trabalhos (u.c.e. 1432, Classe: 4, Khi²: 66, texto 22).*

*Os referenciais teóricos e **metodológicos** dos estudos analisados, na sua maioria, diferiram entre si. Em apenas um estudo houve um mesmo **referencial teórico e metodológico**. Dos trinta e sete estudos que utilizaram algum referencial teórico, seis basearam-se exclusivamente em **Horta**, dois mencionam esta autora e Waldow e nove se reportaram a Horta em conjunto com outros autores (u.c.e. 1428, Classe: 4, Khi²: 27, texto 22).*

Algumas publicações avaliam a implementação e operacionalização do PE nas instituições de saúde e de ensino. Os estudos publicados, na maioria, por docentes apontam para as dificuldades encontradas no ensino do PE e para o fato de que o seu uso na prática assistencial ainda são incipientes ficando, na maioria das vezes, restrito às atividades acadêmicas, desvinculado das atividades dos enfermeiros assistenciais, conforme as palavras plenas deste contexto semântico: *publicações, trabalhos, área, hospitalar, revistas, citações, referência, estágio, escola, docente, ministra e universidade* contidas no conteúdo das u.c.e. mostradas a seguir:

*Outro fator que pode ter contribuído para o aumento das **publicações** no Brasil, nesse **período**, é o aumento no número de **escolas de pós-graduação** em nível de mestrado e doutorado, em especial, daquelas ligadas às grandes **universidades** (u.c.e. 1414, Classe: 4, Khi²: 21, texto 22).*

Chama à atenção na análise documental a quase unanimidade da autoria dos **artigos**, que é de **docentes** (...). Os **docentes** que relatam **experiências** em hospitais **escola**, os quais, apesar de reconhecerem o **processo de enfermagem**, apontam as **dificuldades** de sua aplicação (u.c.e. 4672, Classe: 4, Khi²: 33, texto 70).

Apesar da constatação da **evolução** do número de **publicações** das **experiências** de **sistematização da assistência** em **instituições** de saúde brasileiras, percebe-se que este incremento vem ocorrendo de forma lenta e essencialmente atrelada aos grupos de **pesquisa** e **trabalhos** desenvolvidos dentro das **universidades** (u.c.e. 4241, Classe: 4, Khi²: 28, texto 65).

A revisão dessas **publicações** demonstra que existe uma ampla dimensão de **discussão** acerca do tema **sistematização da assistência** de enfermagem. Contudo, essa diversidade não mostra uma efetividade na implementação dessa metodologia de assistência, pois, o número de **trabalhos** demonstrando a **aplicação do processo de enfermagem** em sua totalidade, com todas as suas cinco etapas, ainda (...) [é] incipiente (u.c.e. 6579, Classe: 4, Khi²: 21, texto 98).

Outros aspectos a serem destacados nos estudos publicados em periódicos científicos de enfermagem merecedores de consideração durante um processo de implantação da SAE e do PE, em qualquer instituição de saúde, referem-se ao conhecimento dos profissionais de enfermagem da área assistencial acerca do PE envolvendo desde o aspecto conceitual até a operacionalização das etapas do PE. As palavras: *definição, termos, significado e sinônimo*, u.c.e. apontam para seu contexto semântico a seguir:

No tocante às **publicações** científicas que versam, principalmente, sobre o conhecimento da enfermagem face ao **assunto** em tela, não é incomum encontrar equívocos, os quais abrangem **definição de termos**, desatualização face ao documento normativo vigente e **discussões** que não contemplam todas as etapas do **processo de enfermagem**, em especial, ao ignorarem o **referencial teórico**, [o qual é uma condição sine qua non para sua implementação] (u.c.e. 3053, Classe: 4, Khi²: 19, texto 47).

[Quanto aos termos relacionados] à **temática** são utilizados nas dissertações, processo de enfermagem, **teoria** de enfermagem, consulta de enfermagem, **sistematização da assistência de enfermagem** e **metodologia** da **assistência de enfermagem** como os mais relevantes e oportunamente definidos. A distribuição dos **referenciais teóricos** das **dissertações** de mestrado que utilizaram a **temática sistematização** da assistência de enfermagem, com destaque para o **referencial das necessidades humanas básicas** de **Wanda Horta** com vinte e dois e a **teoria** do autocuidado de Orem com dez (u.c.e. 2904, Classe: 4, Khi²: 30, texto 43).

[Quanto ao conhecimento sobre a sistematização da assistência de enfermagem, notou-se que a maioria sabe o significado da abreviação sistematização da assistência de enfermagem, o número de etapas do processo de enfermagem,], porém não sabem quais são as **etapas do processo de enfermagem**. Souberam responder os tipos de diagnóstico de enfermagem existentes, sabiam qual a lei do **COFEN** que estabelece a implantação da sistematização da assistência de enfermagem em todas as **instituições** de saúde públicas ou privadas, [não conheciam a definição adequada de **diagnóstico de enfermagem** e afirmam utilizar uma **teoria de enfermagem** para fundamentar o **cuidado de enfermagem**] (u.c.e. 1964, Classe: 4, Khi²: 25, texto 29).

A abordagem deste grupo temático está relacionada às publicações que destacam o PE na literatura, nas quais se observou um crescente aumento dos estudos a partir de 1990, apesar de eles estarem mais relacionados às atividades docentes do que às atividades assistenciais. Este fato ocorreu na década de 80, quando o PE passou a ser motivo de maior preocupação para os enfermeiros devido à aprovação da Lei do Exercício Profissional (FONTES, 2001). As u.c.e. deste grupo temático destacaram aspectos relacionados à desatualização dos profissionais de enfermagem, sua insuficiência de conhecimento sobre o PE, a utilização fragmentada de um referencial metodológico e teórico, dentre outros aspectos apontados pelos profissionais e docentes na operacionalização do PE.

Segundo Arreguy – Sena et al. (2001), decidir pela utilização do PE e escolher uma teoria para subsidiá-lo na prática assistencial, no ensino ou na pesquisa implica também identificar os referenciais adotados na Enfermagem, distinguindo-os daqueles adotados por outras pessoas ou áreas. Outra questão a ser abordada, ao se mobilizar a relação entre os cenários de ensino e aprendizagem e o campo do trabalho, está na capacidade de integração docente assistencial e na formulação de parcerias entre os serviços e a academia, para envolver os profissionais dos serviços diretamente na formação dos estudantes.

Há uma lógica acadêmica que precisa ser alterada, o que não acontece de uma hora para outra. Esta lógica trata de um processo de porosidade do novo, que penetra na prática tradicional, com possibilidade de fazer surgirem resistências e facilidades no transcorrer das atividades (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009). No entanto, vale destacar a aproximação da pesquisa com a prática profissional, sua incorporação nas atividades assistenciais, embora incompleta, e o resgate do compromisso social das atividades de enfermagem junto à sociedade.

3.3.1.3. GRUPO TEMÁTICO III. PE NO ENSINO E NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Os docentes valorizam o ensino do PE e se situam em relação aos embates que ocorrem tanto no processo ensino-aprendizagem, como na consolidação de seu uso na assistência à saúde. No confronto entre as dificuldades de ensinar o PE, seu emprego na prática, seus benefícios para a qualidade do cuidado e a valorização da profissão e dos seus profissionais, que se configuram num desafio, tem prevalecido um resultado positivo. Percebe-se uma tendência dos profissionais para reconhecer o PE como uma aplicação do método científico e um instrumento essencial do agir profissional na Enfermagem. Neste sentido, seu ensino é referido como indispensável para a profissão, embora requeira, para ser eficaz, sua implementação nos serviços de saúde e uma maior interação entre escolas e estes serviços (CARVALHO; et al., 2008).

Isso pode ser conferido pelos vocábulos representativos deste grupo temático evidenciado pelas palavras selecionadas: *assunto, discutido, disciplina, ensino; aula, professor, escola; currículo e aluno*. As u.c.e. apresentadas a seguir abordam estes aspectos em seus contextos semânticos:

*[O ensino de graduação e de pós-graduação lato sensu não tem favorecido aquisição de habilidades necessárias para o desenvolvimento do] processo de enfermagem; por outro lado, há falta de **padronização** do **ensino** de suas etapas, coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento dos cuidados de enfermagem, intervenções de enfermagem e avaliação de enfermagem, ao longo da **formação acadêmica**. Se considerarmos o **cenário** das **escolas nacionais**, pode-se dizer que o **ensino** do processo de enfermagem é recente, predominando a abordagem em **disciplinas** isoladas (u.c.e. 3363, Classe: 4, Khi²: 25, texto 51).*

Para Andrade (2013) os docentes consideram o ensino do PE como essencial para a formação profissional e para o docente, independente da área de atuação. Alguns fatores interferem negativamente neste ensino, por exemplo, ausência do conteúdo nadicotomia entre ensino e serviço o que contribui para uma prática profissional desarticulada.

*(...) Um **professor** mencionou a situação atual do **ensino** do **processo de enfermagem**, como uma **metodologia** básica e indispensável para o **trabalho da enfermagem**, e que deve ser **revista** e reestruturada a maneira que está sendo **ensinado**. Quando o **professor** dá a **aula** ou expõe o tema, tem como respaldo o **conhecimento** da **disciplina** como toda a **experiência** de **ministrar** esta **disciplina**, e é dessa forma que o tema [PE] é facilmente compreendido pelo aluno. Portanto, para facilitar a **aprendizagem** e torná-la compreensível, estas questões são fundamentais para os **professores** que estão preocupados com o processo de **ensinar** e aprender (u.c.e. 782, Classe: 4, Khi²: 26, tese 10).*

*O **ensino** do **processo de enfermagem** nas **instituições** de **ensino** superior ainda é considerado **recente** e realizado em **disciplinas** isoladas e se ressalta uma falta de **padronização** do **ensino** das etapas do processo de enfermagem (u.c.e. 1918, Classe: 4, Khi²: 27, texto 29).*

Esta situação também é relatada em estudos internacionais, conforme é exemplificado pela u.c.e. a seguir:

*Nas **universidades** iranianas, o **processo de enfermagem** tem sido **ensinado** durante muitos anos para **estudantes** de enfermagem como um **tema científico** fundamental na **ementa** das **disciplinas** dos **cursos** para (...) **Enfermagem Cirúrgica**. [Mesmo assim, durante o período de estudo acadêmico, bem como após a formatura, quando cuidados de cabeceira são executados, o processo de enfermagem não está sendo implementado da maneira que deve ser para o atendimento ao paciente] (u.c.e. 5670, Classe: 4, Khi²: 24, texto 83).*

A articulação com outras disciplinas aponta que, atualmente o ensino está mais integrado. Esta articulação destaca ainda, que a prática é o melhor modo de se ensinar tal conteúdo, embora algumas experiências de ensinar o PE situem-se inicialmente na teoria para depois explorar na prática assistencial. Em relação ao enfermeiro que ensina o PE é mencionado o fato de ele ser um recurso metodológico de extremo valor para o professor; e um caminho para seu aperfeiçoamento profissional.

Alguns professores indicaram que, o PE deve ser ensinado em todas as disciplinas. E, que eles que ensinam o PE não há uma integração docente de disciplinaa que ensinam o PE, há repetição de conteúdos e dissociação entre teoria e prática (AMORIM, 2009). As palavras: *aluno, formação, aprende, ensinar, ministra, tema e disciplina* encontradas nas u.c.e. apresentadas, a seguir, destacam estes aspectos:

*O **currículo** de graduação em enfermagem e obstetrícia da Universidade de Guanajuato, no México, tem integrado ao **currículo** a **metodologia** do processo de enfermagem, onde o **aluno** aprende no primeiro ano de **formação**, com referência aos problemas de saúde mais comuns, em seguida, aplicam na sua **prática** clínica recebendo o feedback contínuo ao longo de sua carreira (u.c.e 721, Classe: 4, Khi²: 30, tese 10).*

*[Considera-se que a forma mais adequada para ministrar o conteúdo do processo de enfermagem é a abordagem da teoria e da prática realizadas pelo mesmo docente]. Isso permitiria continuidade, coerência e **inter-relação** do **tema**, introduzido **na teoria** e aplicado à **prática**. Para os **docentes** que não **ministram** especificamente o **conteúdo teórico** do **processo de enfermagem**, é recomendado que o utilizem enquanto **metodologia** para **ensinar** na **disciplina** do **tronco profissional** (u.c.e. 6656, Classe: 4, Khi²: 37, texto 99).*

*Estuda-se o tema **processo de enfermagem** essencialmente em **Fundamentos de Enfermagem** reafirmado posteriormente, nos **cursos** mediante a sua aplicação exclusivamente **teórica** enfocada (...) [em] patologias específicas. Cada **professor ensina** o **processo de enfermagem** de sua própria maneira sem uniformização metodológica. O **aluno** é obrigado a trabalhar o **tema** teoricamente. Somente no final do processo é que ele trabalha com o paciente (u.c.e. 5707, Classe: 4, Khi²: 46, texto 84).*

Para Corona e Carvalho (2005), formar profissionais em enfermagem é um processo que envolve múltiplas dimensões da vida humana como, por exemplo: a intelectual, a afetiva, a social, a estética, a cultural, a política e a de diversos conhecimentos de diferentes áreas. Então, pode-se destacar que a formação do profissional em enfermagem tem fundamento na teoria e na prática, sendo o campo da prática, a área para a busca de concretização dessa articulação. A seguir, são mostradas as u.c.e. e as palavras *assuntos, teoria, padrão e estrutura* que tratam destes aspectos:

*A relação entre **professores** e os enfermeiros clínicos reorienta a **discussão** para a avaliação do peso da **teoria e da prática** no **currículo**; encontrar o equilíbrio nas horas dedicadas aos **assuntos** clínicos e comunitários é obrigatório, mas a sua **estrutura** não segue um **padrão** de aplicação do **processo de enfermagem** (u.c.e. 5718, Classe: 4, Khi²: 28, texto 84).*

*[Todavia, a aplicabilidade da sistematização da assistência de enfermagem (...) vem sendo apontada como uma das formas do enfermeiro definir o seu papel e responsabilidade profissional (...)]. Essa estratégia, para a **sistematização da assistência** vem sendo **tema** de **discussão** desde o início da **década** de setenta e que apesar de muitos esforços, ainda encontra deslizes didáticos e consequentes **falhas** na sua **aplicabilidade** (u.c.e. 1782, Classe: 4, Khi²: 30, texto 27).*

A dicotomia entre prática e o ensino do fazer Enfermagem também está relacionada à organização da prestação de cuidados de enfermagem baseada no modelo assistencial

denominado funcional, mais frequente no âmbito biomédico. Nele, se deixa de considerar a complexidade do ser humano e suas especificidades, ao enfatizar o atendimento e a manutenção dos interesses fragmentados do modelo institucionalizado nos hospitais. Por isto, torna-se fundamental que se ampliem os debates acerca do assunto em todas as esferas da Enfermagem, ou seja, no ensino, na assistência e na pesquisa, conforme as u.c.e. e as palavras: *instituições, graduação, atividade teórica, atividade prática, embasar, referencial, teórico e definir* as quais se destacam a seguir:

*Com o advento do **processo de enfermagem no Brasil**, passou-se a **discutir** sua aplicação nas **instituições de saúde no país**. Assim, o **processo de enfermagem vem** sendo cada vez mais **discutido** nas salas de **aula de graduação e pós-graduação** das **universidades**, nas **instituições hospitalares** brasileiras, nos eventos científicos e nas **pesquisas** da enfermagem (u.c.e. 3029, Classe: 4, Khi?: 103, texto 45).*

*(...) Existe a necessidade de se promover uma ampla **discussão** sobre o assunto nas **instituições de ensino superior** em enfermagem, a fim de determinar que **referencial teórico** deva **embasar** o processo de enfermagem e **definir** a **metodologia** a ser empregada no **ensino** do mesmo (u.c.e. 1790, Classe: 4, Khi?: 60, texto 27).*

*As **escolas de enfermagem brasileiras** tem se esforçado para desenvolver as **atividades teóricas e práticas** fundamentadas numa **metodologia de trabalho**. No **Brasil**, em um **estudo** sobre o **ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação**, encontramos que a abordagem da sistematização da assistência na **graduação e pós-graduação** foi efetiva a partir da **década** de setenta (u.c.e. 2056, Classe: 4, Khi?: 31, texto 31).*

A implementação do PE nas instituições de saúde, públicas e privadas, apesar de ser uma imposição legal, presente na Lei do exercício profissional e na Resolução do COFEN nº 272/2002 (BRASIL, 2002), não ocorre de maneira ampliada. Estudos apontam dificuldades encontradas durante a operacionalização do PE, como problemas relativos à sobrecarga de trabalho associados aos desvios e indefinições sobre a função do enfermeiro, sendo necessário conscientizar a equipe quanto à importância do seu papel.

Por outro lado, apesar de já existirem fórmulas consagradas tanto para calcular o pessoal de enfermagem considerando-se a realização do PE, como pelo tipo de paciente, cliente ou usuário a ser atendido pelos integrantes da equipe de enfermagem, ainda se encontra um número insuficiente de enfermeiras na maioria das instituições de saúde. A presença das palavras selecionadas para este grupo temático ressaltam estas questões legais e éticas acerca da SAE nos serviços de saúde, tais como: *conselho; instituições, saúde, brasileira, atividade privativa, lei do exercício profissional; obrigatoriedade; dispõe e resolução*. No entanto, vários são os fatores que contribuem para este fato, dentre eles destacam-se os aspectos abordados nas u.c.e. apresentados a seguir:

[Frente à necessidade da implantação da sistematização da assistência de enfermagem], a Lei do Exercício Profissional e a Resolução do COFEN estabelecem que a sistematização da assistência de enfermagem é um dever legal do enfermeiro e um modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde. Contudo, nota-se, [na prática assistencial, que a comunicação escrita tem sido negligenciada pelos profissionais de enfermagem, pois os registros são escassos e incompletos] (u.c.e. 1671, Classe: 4, Khi²: 24, texto 26).

O processo de enfermagem deve ser estabelecido na prática em todas as instituições de saúde, em hospitais, assim como na saúde comunitária como um todo. Na prática, porém, nem todas as etapas são sistematicamente aplicadas. Estudos têm revelado dificuldades no estabelecimento e na utilização do processo de enfermagem nas instituições durante os últimos anos, no Brasil e em outros países (u.c.e. 1491, Classe: 4, Khi²: 26, texto 23).

Alegações como falta de profissionais e área de conhecimento nova aparecem como justificativas para as dificuldades na implementação da sistematização da assistência no Brasil. Entretanto não foram identificados, nas publicações selecionadas, trabalhos que discutissem de maneira mais ampla outros fatores que poderiam estar dificultando a implementação do processo nas diferentes instituições brasileiras como relação e poder dentro das instituições, organização do trabalho e falta de autonomia do enfermeiro (u.c.e. 4119, Classe: 4, Khi²: 27, texto 63).

Diante da importância do PE como método de trabalho e dos resultados revelados, que demonstram de uma forma geral, uma deficiência na aplicabilidade do método nas práticas assistenciais diárias dos enfermeiros, destaca-se a necessidade de incentivar sua utilização para proporcionar uma qualidade da assistência junto ao paciente e resguardar o profissional e/ou a equipe em relação a assistência que prestam. Sabemos que a SAE é uma proposta inovadora, mas que precisa de ação conjunta, investimento em educação permanente e parceria e participação em decisões institucionais, para que haja mudança no comportamento dos enfermeiros e dos membros da equipe de enfermagem (OLIVEIRA; PAULINO; SANTOS, 2012).

Neste sentido, todos os profissionais da equipe de enfermagem devem conhecer o perfil do enfermeiro para que ela possa dispor de seu espaço dentro da equipe e ter a oportunidade de treinar seus supervisionados para participarem do processo de implantação e implementação do PE nos serviços. A seguir são mostradas as palavras que mais representam esta afirmação, como: técnico, auxiliar, enfermagem, temática, equipe e a u.c.e. que trata deste conteúdo:

[Finalizando, no processo de ensino dessa temática, desde o seu início deve ser dado enfoque ao trabalho em equipe, isto é, exercitar o aprendiz a utilizar o PE de forma integrada com o técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem]. Para isso, é necessário também introduzir o ensino dessa metodologia de trabalho nos cursos [para] técnico e auxiliar de enfermagem. A dificuldade da utilização do processo de enfermagem no cenário da prática assistencial existe porque, por parte dos profissionais inseridos nas instituições de saúde, [há a crença de que o processo de enfermagem é uma rotina sofisticada e que executá-lo implica em afastar-se do paciente] (u.c.e. 3373, Classe: 4, Khi²: 21, texto 51).

Vem-se identificando, ao longo dos anos que os profissionais de enfermagem utilizam diversos termos para conceituar o PE. Este fato pode produzir barreiras, já que inexistem uma

padronização do conceito. Por conseguinte, esta indefinição repercute e influencia no desconhecimento dos enfermeiros acerca da importância do PE para o processo de trabalho da Enfermagem. Quando se reflete acerca das investigações realizadas, em especial, as pesquisas bibliográficas, essa diversidade de termos adotados como sinônimos é responsável por vieses no percurso metodológico e obstáculos para o aprofundamento científico (ALVES et al., 2014). As u.c.e. e as palavras mais significativas como: *sinônimo; temática; metodologia; consulta de enfermagem, assistência; sistematização, processo de enfermagem; termos e terminologia* confirmam esta afirmação:

*Em nossa **prática profissional**, em especial, nos últimos quinze anos, trabalhando na área da docência, ministrando aula para **graduação e pós-graduação**, percebe-se que estudantes e profissionais de enfermagem confundem os **termos: sistematização da assistência de enfermagem, processo de enfermagem e consulta de enfermagem** (u.c.e. 3051, Classe: 4, Khi²: 33, texto 47).*

*Em **artigos publicados** em periódicos **nacionais** da área, nos últimos dez anos identificaram, além de **sistematização da assistência de enfermagem, termos como consulta de enfermagem, metodologia da assistência de enfermagem, metodologia** do cuidado de enfermagem, planejamento da assistência de enfermagem, **processo de assistência de enfermagem**, processo de atenção em enfermagem, processo de cuidar em enfermagem, processo de enfermagem e processo do cuidado de enfermagem, entre outros, empregados com traços semânticos às vezes distintos, outras vezes semelhantes ou associados (u.c.e. 1389, Classe: 4, Khi²: 54, texto 21).*

*Assim, optamos por empregar o **termo processo** de enfermagem. Trata-se de uma questão **semântica** complexa, uma vez que, na literatura brasileira, **diversas** denominações são utilizadas como **sinônimos: sistematização da assistência, metodologia da assistência, planejamento da assistência, processo do cuidado, metodologia** do cuidado, processo de assistência, **consulta de enfermagem**, processo de atenção em enfermagem e **processo de enfermagem** (u.c.e. 3342, Classe: 4, Khi²: 47, texto 51).*

Alguns autores reconhecem que muito do conhecimento requerido pela Enfermagem é adquirido na realidade empírica. Assim, um caminho a ser seguido para construir uma teoria seria observar o que os enfermeiros fazem e convidá-los a refletir sobre sua prática, para, então definir a natureza da Enfermagem, partindo de uma base empírica de informações (ALMEIDA, et al., 2009).

Neste caso o significado atribuído ao PE e o modo como ele é aplicado à prática profissional vem sofrendo adaptações contínuas, modificando-se ao longo do tempo, e de acordo com os diferentes cenários da prática assistencial. Na pesquisa, no ensino e na assistência identifica-se que os profissionais de enfermagem se utilizam de diversos termos para definir o PE, e que este termo, de acordo com o referencial teórico é descrito de forma diferenciada. Os vocábulos mais significativos destacados nas u.c.e. abaixo são: *termos, temática, metodologia, processo, enfermagem, consulta e significados*, como se segue:

Quanto aos **termos** utilizados para nomear a **sistematização da assistência de enfermagem**, percebe-se na **literatura nacional** da área que os **termos processo de enfermagem, consulta de enfermagem, metodologia da assistência de enfermagem, metodologia** do cuidado de enfermagem, processo do cuidado de enfermagem, processo de assistir, [dentre outros, são empregados com o mesmo significado em determinados momentos, e em outros são compreendidos como termos distintos] (u.c.e. 2897, Classe: 4, Khi²: 46, texto 43).

Utiliza-se o **termo processo de enfermagem** se a **sistematização da assistência** for realizada em **instituição** prestadora de **serviço hospitalar**, e utiliza-se o **termo consulta de enfermagem**, se a **sistematização da assistência** for desenvolvida em **instituições de serviços**: ambulatórios de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, empresas entre outros (u.c.e. 3060, Classe: 4, Khi²: 37, texto 47).

Foram defendidas e aprovadas na Universidade Federal da Paraíba, no período de mil novecentos e oitenta e dois a dois mil e nove, duzentas e trinta e cinco **dissertações de mestrado**, das quais quarenta e sete tinham como objeto a **temática da sistematização da assistência de enfermagem**. Quanto aos **termos** relacionados à **temática** e utilizados nas dissertações, **processo de enfermagem**, teoria de enfermagem, **consulta de enfermagem**, **sistematização da assistência de enfermagem** e **metodologia da assistência de enfermagem** como os mais relevantes e oportunamente definidos (u.c.e. 2902, Classe: 4, Khi²: 35, texto 43).

O PE é um modelo assistencial que tem sido centro dos debates de enfermeiros e instituições de saúde e de ensino nas últimas décadas. Sua operacionalização possibilita que a equipe de enfermagem tenha uma visão integral, contínua e documentada do processo que envolve o cuidado de enfermagem, visando manter, promover e restaurar de forma segura a saúde do indivíduo, família e comunidade. Sua implantação proporciona aproximação do profissional com o paciente, promovendo melhor qualidade na avaliação do cuidado de enfermagem. Ele consiste em um instrumento norteador da prática clínica do enfermeiro, o que contribui significativamente para o avanço do ensino e da pesquisa.

3.3.1.4. Análise do Bloco temático

Com relação a este bloco temático, a ideia geral dos conteúdos apresentados nesta classe e seus grupos temáticos apontou, principalmente, para os aspectos legais, os fatores que interferem na implementação e implantação do PE na prática profissional e para o processo de ensino-aprendizagem do PE nas instituições de ensino e de saúde no território nacional. Houve destaque em relação o enfermeiro e a professora Wanda de Aguiar Horta, como pioneira na divulgação e disseminação deste tema para o ensino da Enfermagem e com grande expressão e contribuição para a pesquisa brasileira, na autoria de livro e artigos científicos desenvolvendo a temática em questão.

As u.c.e selecionadas pelo Alceste para estes grupos temáticos também evidenciaram o marco histórico que ocorreu com as decisões dos COFEN, que passou a exigir que a SAE e o PE fossem incorporados em todo o território nacional. Este marco ficou ainda por ser realizado,

uma vez que o resultado esperado deixou de ser alcançado, pois as Resoluções não garantiram a implantação da metodologia assistencial nos serviços de saúde ou esta implantação ainda apresenta problemas ainda não solucionados.

Sob este fato, os autores concordam que apesar de o enfermeiro reconhecer o seu papel enquanto elemento essencial na implementação e implantação da SAE e do PE, a grande maioria destes profissionais exercem sua prática desrespeitando a Lei do Exercício Profissional e as Resoluções do Conselho de Enfermagem, ou seja, não incorpora na sua prática profissional a SAE. No entanto, esses autores destacam diversas situações que contribuem para esta prática, e afirmam que é necessário que os serviços de saúde estejam atentos para a solução destes problemas operacionais.

Neste sentido, aspectos relacionados à dinâmica e à lógica das instituições também são fatores que determinam e definem as políticas de assistência à saúde. Constatou-se que o distanciamento cotidiano das práticas aponta para a necessidade de se reorganizar os serviços de saúde e incentivar a capacitação dos profissionais sob esta perspectiva, uma vez que a prática profissional dos serviços ainda tem, predominantemente, caráter normativo, biomédico e padronizado.

Somente a incorporação de um programa de capacitação eficaz com práticas pedagógicas críticas, participativas, baseadas no cotidiano e na realidade destes profissionais permitirá a formação de uma consciência crítica e uma prática profissional emancipadora aumentando o foco de possibilidades e mudança de paradigmas, o que contribuirá para a promoção de novas oportunidades profissionais e maior autonomia para a reorganização dos serviços com efetiva e eficaz implantação da SAE e do PE nos serviços de saúde.

3.4 BLOCO TEMÁTICO II. DIMENSÕES GERENCIAIS E DO CUIDADO NA IMPLANTAÇÃO DO PE

O segundo bloco temático foi constituído por dados produzidos na classe 2 resultantes da análise do Alceste e mediante a adoção das estratégias de derivação e síntese do conceito PE. O discurso apresentado neste bloco temático apresenta similitudes em seu conjunto de enunciados sobre a prática assistencial através da implantação e implementação do PE nos serviços de saúde, ao focalizar aspectos gerenciais, facilidades e dificuldades relatadas pelos profissionais de enfermagem que interferem na operacionalização do PE na prática assistencial da Enfermagem.

3.4.1 CLASSE 2. Interfaces no contexto gerencial e do cuidado de enfermagem na operacionalização do PE

Os aspectos operacionais da classe 2 mostram que 17,20% do total das u.c.e. constituíram o corpus de análise composto do total de 219 formas reduzidas de palavras plenas incluindo todas as variáveis de identificação e a caracterização da amostra do estudo, com um total de 143 palavras em formas reduzidas sendo que 58 foram selecionadas considerando-se o χ^2 de 34. Estas formas representam as palavras mais características distribuídas nas 930 u.c.e., com 102 palavras analisadas nesta classe. No quadro apresentado a seguir, as variáveis de identificação e a caracterização associada à classe podem ser visualizadas:

Quadro 9. Variáveis de identificação e caracterização associadas à Classe 2. Rio de Janeiro, 2015

Variáveis	Formas reduzidas	χ^2	f corpus	f classe	% classe
Número do texto / Tipo de estudo	*tex48_art_pesq	163	110	69	63%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex106_art_pesq	99	50	35	70%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex40_art_pesq	86	67	40	60%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex62_art_pesq	82	51	33	65%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex61_art_pesq	68	46	29	63%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex07_art_pesq	65	50	30	60%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex69_art_rev	36	61	28	46%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex26_art_pesq	28	54	24	44%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex39_art_pesq	27	33	17	52%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex98_art_pesq	25	61	25	41%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex18_art_pesq	24	32	16	50%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex36_art_pesq	23	30	15	50%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex_art_pesq57	23	52	22	42%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex49_art_pesq	20	55	22	40%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex25_art_pesq	18	27	13	48%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex90_art_pesq	15	85	28	33%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex11_dissert	13	50	18	36%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex102_art_pesq	11	57	19	33%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex70_art_rev	10	91	27	30%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex22_dissert	8	58	18	31%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex05_art_rev	7	39	13	33%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex107_art_pesq	6	29	10	34%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex44_dissert	5	66	18	27%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex51_art_refl	5	40	12	30%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex13_art_pesq	4	59	16	27%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex41_art_rel_exp	4	92	23	25%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex32_art_pesq	3	48	13	27%

Variáveis	Formas reduzidas	x ²	f corpus	f classe	% classe
Número do texto / Tipo de estudo	*tex94_art_pesq	3	48	13	27%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex30_dissert	2	48	12	25%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex29_art_pesq	2	61	15	25%
Tema	*prat_assist_pe	148	991	301	30%
Tema	*implant_pe	70	829	226	27%
Tema	*facil_dific_pe	63	260	92	35%
Instituição de publicação	*eeap	182	101	68	67%
Instituição de publicação	*ufmg	86	67	40	60%
Instituição de publicação	*ufrj	55	310	101	33%
Instituição de publicação	*fenufg	36	200	66	33%
Instituição de publicação	*uniderp	27	33	17	52%
Instituição de publicação	*uerj	28	54	24	44%
Instituição de publicação	*esenf	25	61	25	41%
Instituição de publicação	*cofen	23	30	15	50%
Instituição de publicação	*eeap_unirio	20	55	22	40%
Instituição de publicação	*unconception	15	85	28	33%
Instituição de publicação	*aben	10	495	110	22%
Instituição de publicação	*ufce	4	92	23	25%
Instituição de publicação	*uem	3	102	24	24%
Instituição de publicação	*unantioquia	3	48	13	27%
Instituição de publicação	*coimbra	25	61	25	41%
País / Estado de publicação	*bras_mg	19	161	48	30%
País / Estado de publicação	*bras_df	18	525	125	24%
País / Estado de publicação	*chile	15	85	28	33%
País / Estado de publicação	*bra_pe	5	40	12	30%
País / Estado de publicação	*bras_ce	3	98	23	23%
País / Estado do autor principal	*bras_rj	121	930	275	30%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_se	65	50	30	60%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_mg	41	458	128	28%
País / Estado do autor principal	*bras_go	36	200	66	33%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_rgs	28	54	24	44%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_rs	24	311	85	27%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_rj	22	443	112	25%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_pe	19	78	28	36%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_sp	16	1332	277	21%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_ce	14	208	56	27%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_go	2	61	15	25%
Ano de publicação	*2013	117	682	217	32%
Ano de publicação	*2012	7	835	170	20%
Ano de publicação	*2010	6	411	88	21%
Ano de publicação	*2006	3	308	64	21%
Idioma	*port	147	3915	824	21%

A análise estatística do valor de χ^2 das variáveis associadas à classe 2, ou seja, a relação entre o total de u.c.e. produzidas no corpus e o total de u.c.e pertencentes à classe, evidenciou que os textos foram originados principalmente de artigos de pesquisa identificados com as seguintes siglas: *tex48, *tex106, *tex40, *tex62, *tex61, *tex07, *tex69, *tex26, *tex39, *tex98, *tex18, *tex36, *tex57, *tex49, *tex25, *tex90, *tex11, *tex102, *tex70, *tex22, *tex05, *tex107, *tex44, *tex51, *tex13, *tex41, *tex32, *tex94, *tex30 e *tex29. Estes textos foram produzidos em Portugal, Chile e no Brasil, nos estados de: Minas Gerais, Pernambuco, Ceará e Rio de Janeiro e Distrito Federal - Brasília. O Rio de Janeiro obteve maior número de publicações, com predominância de autores do mesmo estado, o que mostra um aumento significativo do interesse pela temática nos últimos anos, visto que antes, os maiores números de pesquisas e publicações nesta área de conhecimento estavam concentrados em pesquisadores de instituições paulistas e do nordeste do Brasil.

São apresentadas a seguir, as formas reduzidas acrescidas dos maiores valores de χ^2 e as frequências destas formas reduzidas de palavras plenas no *corpus* de análise e na classe com seus respectivos contextos semânticos. O quadro 10 mostra estas formas reduzidas e o contexto semântico no qual estão inseridas na classe 2.

QUADRO 10. FORMAS REDUZIDAS DE PALAVRAS PLENAS ASSOCIADAS À CLASSE 2. RIO DE JANEIRO, 2015

Forma Reduzida	χ^2	f corpus	f classe	% classe	Palavras plenas e contexto semântico
dificuldade+	297	222	133	60%	Dificuldade (43) dificuldades (95)
falt+	251	210	121	58%	Falta (139) faltam (1) falte (1)
sistematizacao_da_a tecnicos_de_enferm a	217	971	324	33%	Sistematização da assistência (382)
	177	62	50	81%	Técnicos de enfermagem (52)
fator+	159	205	102	50%	Fator (29) fatores(83)
Profissionais	157	361	149	41%	Profissionais (160)
implant+ (238)	131	238	106	45%	Implantação (97) implantada (2) implantado (4) implantar (15)
recurso+	124	95	57	60%	Recurso (2) recursos (60)
equip+	122	165	81	49%	Equipe (81) equipes (4)
auxiliares_de_enfer	118	95	56	59%	Auxiliares de enfermagem (58)
operacionaliz+	107	92	53	58%	Operacionalização (42) operacionalizado (3) operacionalizando (1)
desconhecimento	107	29	26	90%	Desconhecimento (26)
Sobrecarga	102	30	26	87%	Sobrecarga (26)
dificult+	101	71	44	62%	Dificuldade (43) dificuldades (95)

Forma Reduzida	x ²	f corpus	f classe	% classe	Palavras plenas e contexto semântico
burocrat+	93	26	23	88%	Burocrática (4) burocráticas (14) burocrático (5) burocráticos (1)
administrativa+	93	32	26	81%	Administrativa (6) administrativas (21)
materi+	85	45	31	69%	Materiais (22) material (9)
fal+	84	68	40	59%	Fala (11) falando (3) falar (1) falas (27) falavam (1) falência (2) falo (1)
interfer+	84	34	26	76%	Interfere (5) interferem (15) interferência (2) interferências (1) interferentes (1)
implement+	81	461	149	32%	Implementação (138) implementada (3) implementado (5) implementar (17)
capacit+	80	54	34	63%	Capacita (1) capacitação (30) capacitada (1) capacitar (1) capacitem (1)
institui+	79	204	82	40%	Instituição (90)
dificultador+	75	20	18	90%	Dificultador (7) dificultadores (11)
equipe_de_enfermage	75	194	78	40%	Equipe de enfermagem (81)
déficit	74	26	21	81%	Déficit (21)
humanos	73	42	28	67%	Humanos (29)
sobrecarga_de_traba	66	16	15	94%	Sobrecarga de trabalho(16)
resist+	65	35	24	69%	Resistência (18) resistências (6) resistentes (1)
Vontade	65	18	16	89%	Vontade (16)
conflito+	65	24	19	79%	Conflito (11) conflitos (11)
recursos_humanos	65	22	18	82%	Recursos humanos (18)
treinamento+	64	61	34	56%	Treinamento (25) treinamentos (9)
desej+	63	43	27	63%	Deseja (2) desejada (2) desejado (2) desejam (3) desejando (2) desejar (4)
prepar+	61	60	33	55%	Preparação (2) preparada (3) preparado (4) preparando (1) preparar (1) preparo (22)
Administrativo	61	15	14	93%	Administrativo (14)
insuficiente+	60	32	22	69%	Insuficiente (18) insuficientes (4)
Gente	57	26	19	73%	Gente (26)
execuc+	57	128	54	42%	Execução (56)
atribuic+	56	31	21	68%	Atribuição (2) atribuições (20)
atividade+	56	341	109	32%	Atividade (19) atividades (97)
interess+	54	85	40	47%	Interessante (2) interessavam (1) interesse (38) interesses (2)
enfermeir+	54	856	222	26%	Enfermeira (12) enfermeiras (8) enfermeiro (221)
Adesão	51	15	13	87%	Adesão (13)
excesso+	51	15	13	87%	Excesso (13)
importancia+	48	152	58	38%	Importância (60)
chef+	47	20	15	75%	Chefe (3) chefia (8) chefias (4)
funcionar+	47	27	18	67%	Funcionário (3) funcionários (16)
desvaloriz+	47	12	11	92%	Desvalorização (9) desvalorizado (2) desvalorizam (1)
duvid+	46	32	20	63%	Dúvida (5) duvidam (1) duvidas (18)

Forma Reduzida	x ²	f corpus	f classe	% classe	Palavras plenas e contexto semântico
func+	44	77	35	45%	Função (17) funções (18)
efetiv+	44	80	36	45%	Efetiva (18) efetivação (7) efetivada (1) efetivar (2) efetivas (1) efetive (2) efetivo (6)
consequ+	44	28	18	64%	Consegue (4) conseguem (4) conseguiram (1) conseguimos (4) conseguir (4)
barreira+	43	26	17	65%	Barreira (4) barreiras (15)
Envolvimento	39	30	18	60%	Envolvimento (18)
numer+	38	151	54	36%	Numérica (1) numérico (1) numero (52) numerosos(1)
auxiliar+	37	23	15	65%	Auxiliares (16)
inerente+	37	28	17	61%	Inerente (2) inerentes (15)
educacao_permanente	37	14	11	79%	Educação permanente (11)
sensibiliz+	35	19	13	68%	Sensibiliza (1) sensibilização (11) sensibilizar(2)

As temáticas destacadas pela análise estatística do valor do x² se referiram à prática assistencial através do uso do PE, sua implantação nos serviços de saúde e facilidades e dificuldades relatadas pelos profissionais da equipe de enfermagem na operacionalização do PE e na prática profissional. As formas reduzidas que apresentaram maior frequência de aparecimento nesta classe foram: sistematizacao_da_a (971), enfermeir+ (856), implement+ (461), profissionais (361) atividade+ (341) e implant+ (238). As palavras e variáveis mais significativas da classe 2 são apresentadas a seguir, no Quadro 11, sendo considerado o corte igual ou superior a x² 101 realizado pelo programa Alceste.

QUADRO 11: PALAVRAS E VARIÁVEIS MAIS SIGNIFICATIVAS DA CLASSE 2. RIO DE JANEIRO, 2015

Formas reduzidas:	x ² :	Total:	Porcentagem:
dificuldade+	297	133	60%
falt+	251	121	58%
sistematizacao_da_a	217	324	33%
Eeap	182	68	67%
tecnicos_de_enferma	177	50	81%
*tex48_art_pesq	163	69	63%
fator+	159	102	50%
Profissionais	157	149	41%
*prat_assist_pe	148	301	30%
*port	147	824	21%
implant+	131	106	45%
recurso+	124	57	60%
equip+	122	81	49%
*bras_rj	121	930	30%
auxiliares_de_enfer	118	56	59%
*2013	117	217	32%
desconhecimento	107	26	90%
operacionaliz+	107	53	58%
Sobrecarga	102	26	87%
dificult+	101	44	62%

Dentre as palavras mais significativas e as formas reduzidas das palavras plenas com maior poder de associação estatística (χ^2) à classe 2 destacaram-se: dificuldade+, falt+, sistematizacao_da_a, tecnicos_de_enferma, fator+, profissionais, implant+, recurso+, equip+, auxiliares_de_enfer, desconhecimento, operacionaliz+, sobrecarga, dificult+, burocrat+ e administrativa+. Quanto às variáveis mais significativas na classe 2 foram selecionadas: número do texto, tipo de artigo e o ano, com destaque para o texto 48, um artigo de pesquisa, publicado no ano de 2013. Este estudo selecionado pelo programa Alceste obteve maior aderência à classe porque teve como objetivo compreender o processo de planejamento e implementação da SAE, segundo dois grupos amostrais: enfermeiros e auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital universitário, e desenvolver uma síntese dos modelos teóricos representativos dessas experiências.

Os resultados deste artigo apontaram como uma das maiores contribuições do estudo a descoberta da interação de dois componentes essenciais, a saber: déficit de recursos humanos e direcionamento adotado pela Instituição. Neste estudo foi possível observar o fato de que existem enfermeiros que aceitam a realização da SAE, ainda que essa seja realizada de forma equivocada, levando estes profissionais a uma ilusão de que estão fazendo a SAE. Esta situação é interpretada pelos enfermeiros como uma estratégia utilizada pela Instituição para tentar amenizar a sua responsabilidade ao culpá-los pelo fracasso da SAE.

Neste caso, identificamos que o conteúdo das u.c.e. presentes nesta classe e os dados estatísticos apresentados definiram o contexto semântico dos três grupos temáticos. Os grupos de formas reduzidas de palavras têm um grau de associação entre si, que reúne a ideia ou o sentido caracterizando subtemas presentes neste grupo.

A Figura 8 corresponde a uma representação da formação dos núcleos temáticos ou temas a serem analisados permitindo a compreensão da formação da classe e a ligação das palavras significativas e de seus contextos.

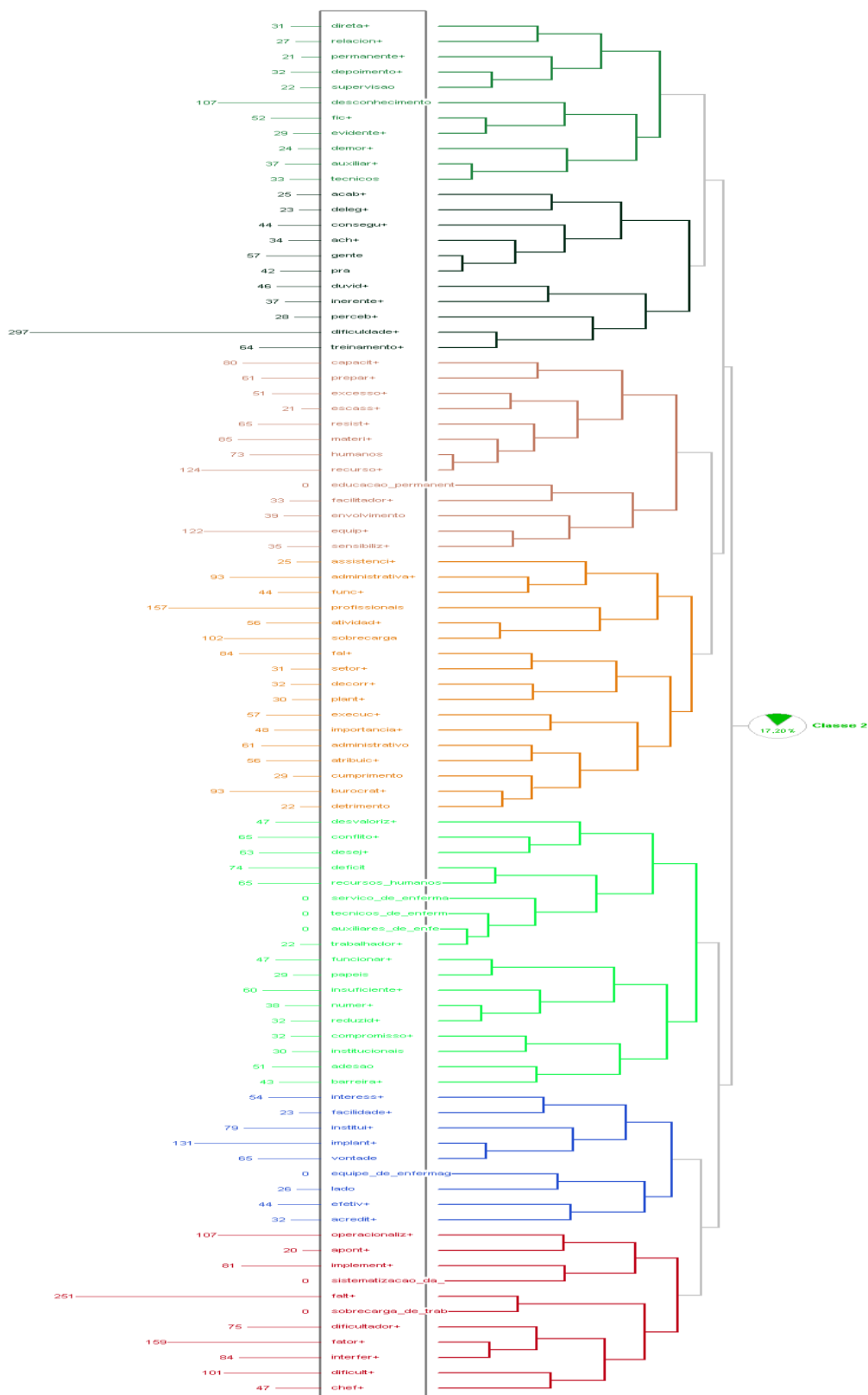


FIGURA 8. CLASSIFICAÇÃO ASCENDENTE HIERÁRQUICA (CHA) DA CLASSE 2. RIO DE JANEIRO, 2014.

Os agrupamentos de formas reduzidas visualizados na Figura 8 e o quadro 11 apresentado a seguir, permitiram o resgate dos conteúdos das u.c.e. e, no contexto semântico das u.c.e., as formas reduzidas de palavras plenas com maiores valores de χ^2 da Classe 2 expressam um panorama geral da classe em relação aos seus conteúdos.

A análise das formas reduzidas juntamente com as formas plenas das palavras e o conteúdo das u.c.e. possibilitaram o delineamento de uma configuração da classe, a partir da identificação das relações entre os diferentes elementos (palavras plenas) que compõem o discurso determinando os grupos temáticos, a saber: Grupo temático IV. Fatores intrínsecos relacionados ao PE; e, Grupo temático V. Fatores extrínsecos relacionados ao PE.

QUADRO 12. Vocábulo de maior representatividade quanto às dimensões gerenciais e do cuidado na implantação do PE. Classe 2. Rio de Janeiro, 2015

CLASSE 2. INTERFACES NO CONTEXTO GERENCIAL E DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA OPERACIONALIZAÇÃO DO PE	
GRUPO TEMÁTICO IV. FATORES INTRÍNSECOS RELACIONADOS AO PE:	
Subtema 1. Interface pessoal: conflitos pessoais, intra e interpessoais	Desvalorização, conflito, desejo, sensação, conflito, papel, interno, vontade e mudança.
Subtema 2. Interface social: socialização e integração da equipe de Enfermagem.	Direta, relacionamento, permanente, depoimento, supervisão, evidente, diretamente, demonstra, auxiliar e técnicos.
Subtema 3. Interface educativa: capacitação, treinamento e educação permanente essencial para o serviço de enfermagem.	Desconhecimento, acaba, delegando, conseguir, acha, gente, para, dúvida, inerente, percebe, dificuldade e treinamento.
	Capacitação, preparo, educação, permanente, facilitador, envolvimento, equipe e sensibilização.
GRUPO TEMÁTICO V: FATORES EXTRÍNSECOS RELACIONADOS AO PE:	
Subtema 4. Contexto assistencial: elementos estruturais externos relacionados à prática do cuidar.	Déficit, recursos humanos, excesso, escassez, recursos humanos e materiais.
	Serviço de enfermagem, auxiliar e técnico de enfermagem, insuficiente, número reduzido de trabalhadores, Compromisso, institucionais, adesão, barreira, falta, sobrecarga, envolvimento, equipe, sensibilização
Subtema 5. Contexto gerencial: fatores relacionados à organização institucional que interferem na implantação e implementação do PE nos serviços.	Interesse, interessante, facilidade, institucional, implantar, vontade, equipe de enfermagem, lado, efetividade e acreditar.
	Operacionalização, apontamentos, implementação e sistematização da assistência.

Desta forma, os grupos apresentados neste quadro foram representados pelas suas u.c.e. e evidenciam conteúdos relacionados ao PE e sua utilização na prática profissional dos enfermeiros. Estes grupos temáticos abordaram aspectos relacionados aos fatores intrínsecos e extrínsecos da implementação do PE e as diferentes interfaces que influenciam em sua implantação e implementação.

3.4.1.1 GRUPO TEMÁTICO IV. FATORES INTRÍNSECOS RELACIONADOS AO PE

A Enfermagem pode ser entendida como um “processo sistemático e dinâmico necessitando disciplina intelectual que requer estudo e domínio de conhecimentos e habilidades próprias” (HORTA, 1979, p.35). Para aplicação do PE torna-se necessário um conjunto de operações cognitivas como a formação de ideias, juízos e raciocínios clínicos, as habilidades psicomotoras e afetivas, que envolvem sentimentos, valores, crenças e costumes, bem como outras competências profissionais como, por exemplo, as habilidades interpessoais (HICKMAN, 2000). Para Figueiredo et al. (2014) em sua reflexão apoiada nos conceitos de Deleuze e Guattari, recusas e dificuldades na implementação do PE se devem a atribuídas fatores como a diferença entre a teoria e a prática, a falta de tempo dos profissionais, a insuficiência na instrumentalização das enfermeiras para a sua execução, o acúmulo de atividades nos ambientes de cuidado, os desvios de função e à pouca percepção dos trabalhadores da enfermagem sobre o impacto do PE na organização do seu trabalho.

Alguns aspectos que influenciam na prática do PE estão no âmbito da organização (políticas, normas, objetivos dos serviços), muitas vezes estabelecidos por médicos e administradores sem a participação dos enfermeiros. Outros aspectos fazem parte do próprio cotidiano dessas profissionais, tais como: atitudes, *crenças, valores, habilidades técnicas e intelectuais*, para os quais muitas vezes buscam-se explicações nas deficiências do ensino formal e na sua relação com a prática. As u.c.e. e destacadas nos núcleos temáticos que se seguem corroboram com estas afirmações, através de algumas palavras significativas, tais como: *adesão, barreira, vontade, envolvimento, equipe, sensação e sensibilização, compromisso e interesse*, a saber:

*Portanto, pode-se atribuir que a desvinculação dos enfermeiros (...) com o processo de enfermagem, após o ingresso no mercado de trabalho, esteja relacionada às **barreiras** pessoais, falta de **interesse**, ou, **barreiras** institucionais, filosofia e **interesse** da instituição, o que pode **comprometer** a motivação dessas trabalhadoras na execução do processo (u.c.e. 1652, Classe: 2, Khi²: 22, texto 25).*

*Destacam-se as questões pessoais como fundamentais, a educação permanente para a equipe, com **investimento** ampliado para auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem. Dessa forma, o preparo técnico-científico, as condições institucionais e o **envolvimento** de toda a **equipe** de enfermagem tornam-se imprescindíveis no processo de **implantação** e manutenção da **sistematização da assistência de enfermagem** (u.c.e. 4023, Classe: 2, Khi²: 48, texto 61).*

*O **raciocínio clínico** e criativo está embutido na **prática de enfermagem**. O **juízo clínico** deve partir do raciocínio da situação, alterando **decisões** sobre as **ações** de enfermagem (u.c.e. 504, Classe: 2, Khi²: 15, texto 6).*

*[Muito mais do que competência técnica, é preciso que os enfermeiros tenham sensibilidade para captar as necessidades emergentes, habilidade para empreender e estimular ações inovadoras e, principalmente], conhecimento e **capacidade** estratégica para envolver e **comprometer, criativamente**, os demais profissionais da **equipe** de saúde. A formação e educação permanente aponta para a importância do conhecimento teórico, como fator **facilitador** da **implantação e implementação da sistematização da assistência de enfermagem** (u.c.e. 2006, Classe: 2, Khi²: 27, texto 30).*

A falta de aderência ao PE, além de causar sentimentos conflituosos nos membros da equipe como desvalorização da SAE, impotência, insatisfação profissional e pessoal, também acarreta nestes, falta de motivação, desesperança e estresse no ambiente de trabalho conforme destacam as u.c.e. e as palavras *desvalorização, conflito, desejo, déficit, recursos humanos e trabalhador*, apresentadas a seguir:

*[A equipe de enfermagem sofrendo com as barreiras na implantação e implementação da sistematização da assistência de enfermagem] mediante os seguintes sinalizadores que retratam componentes que contribuem com a sua **desvalorização: déficit de recursos humanos, sobrecarga** de trabalho, **desvalorização** da sistematização da assistência de enfermagem por **técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem** (u.c.e.: 3094; Classe: 2; Khi²: 35; texto 48).*

*[Ao longo do tempo, o enfermeiro vai se frustrando com a falta de apoio da instituição no processo de trabalho da equipe de enfermagem, o que contribui para a sua invisibilidade], cujo determinante principal é o **déficit de recursos humanos** na área. Isso gera **sobrecarga e sofrimento psíquico**, face à **impotência** para realizar a **sistematização da assistência** de enfermagem, associada ao **sentimento** de culpa gerado pela própria instituição, [...] o que leva a desenvolver o mecanismo de enfrentamento (...) produzindo uma sistematização da assistência de enfermagem ilusória] (u.c.e. 3104, Classe: 2, Khi²: 16, texto 48).*

Backes et al. (2008) explica que, para haver uma SAE representativa da conquista de um “novo espaço”, isto é, um novo modo de pensar, fazer, ensinar e gerenciar as mudanças, é necessário que a prática de enfermagem seja questionada à luz de metodologias problematizadoras. Isto permite que a sua trajetória, enquanto um processo cultural, não se constitua em mais uma alternativa frustrada e/ou um processo puramente normativo e/ou legal. Algumas barreiras contrapõem-se a este novo espaço da SAE como um novo modo de pensar, fazer, ensinar e gerenciar mudanças, tal como as u.c.e. e as palavras relacionadas *difículta e dificuldade*, mostram a seguir:

*[No dia a dia, muitas das vezes temos tantas atividades para fazer, que não conseguimos aplicar a sistematização da assistência de enfermagem nos pacientes. Existe no sentido da dinâmica do setor (...)] somente dois enfermeiros; seriam seis pacientes para cada enfermeiro; não sei se justifica muito, tantos procedimentos; mas isso **difículta a aderência** do enfermeiro (u.c.e. 7086, Classe: 2, Khi²: 20, texto 106).*

*Vale ressaltar que há também o **sentimento de culpabilização** implícito (...) [no] **incentivo** utilizado pela **instituição** para aquele enfermeiro que não desiste de continuar realizando a **sistematização da assistência de enfermagem**. [Ainda que, em condições adversas que comprometam a qualidade de sua operacionalização,*

muitas vezes o conduz [enfermeiro] a produzir planejamentos ilusórios] (u.c.e. 3141, Classe: 2, Khi²: 16, texto 48).

*(...) é a vivência da dor moral decorrente da impotência de **operacionalizar a sistematização da assistência** (u.c.e. 3093, Classe: 2, Khi²: 41, texto 48).*

O déficit de recursos humanos e a sobrecarga de trabalho são mencionados na literatura nacional e internacional, como principais causas que dificultam a prática do PE na assistência de enfermagem. Os enfermeiros, os gestores de saúde e/ou até outros profissionais da equipe de saúde relatam que a falta de capacitação e a deficiência no quantitativo de enfermeiras e demais profissionais de enfermagem estão diretamente relacionados ao grau de resistência ao PE, o que pode ser relacionado aos vocábulos: *recursos, sobrecarga, operacionalização, equipe, insuficiente, falta, número, dificulta, dificuldade, fator, reduzido e humano*, como se mostra a seguir:

*[O] número de enfermeiros, **auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem é insuficiente**. O **recurso humano** é um dos **fatores** mais relevantes na **operacionalização** da SAE, tanto no aspecto quanti-qualitativo, quanto no que se refere à função de cada elemento da **equipe**. No aspecto organizacional, a **falta de pessoal** de enfermagem e de enfermeiros é o **fator** que **prejudica** implementação da **sistematização da assistência de enfermagem** (u.c.e. 4521, Classe: 2, Khi²: 38, texto 69).*

Pode-se afirmar que um dos problemas que dificultam a SAE é a falta da prática e a carência de pessoal e estímulos para a melhor sistematização. Um dos indicativos também é a falta de conhecimento para a realização das etapas da SAE como principal déficit a primeira etapa, levando a uma descredibilidade na assistência de enfermagem (PEREIRA, et al, 2016, p. 10).

*[No aspecto organizacional, a falta de pessoal de enfermagem é o fator que predomina prejudicando a implementação do processo de enfermagem]. A quantidade **reduzida** de **funcionários dificulta** a implementação devido a um **número** pequeno de **funcionários**. Somando-se a isso, existe também a **falta** de conhecimento dos enfermeiros sobre o processo de enfermagem, tornando-se uma barreira para a **adesão** e a **execução** deste método assistencial nas instituições de saúde (u.c.e. 7156, Classe: 2, Khi²: 38, texto 107).*

Para prestar a assistência de enfermagem com qualidade e humanismo, o enfermeiro necessita inserir-se na realidade concreta de forma consciente, competente, técnica e científica. Desta forma, a partir de conhecimento específico e de reflexão crítica do profissional acerca da organização e da filosofia do trabalho de enfermagem, a implantação da SAE constitui-se um instrumento fundamental para que o enfermeiro possa gerenciar e otimizar a assistência de enfermagem, de forma organizada, segura, dinâmica e competente (BACKES et al., 2008).

As condições de trabalho exercem influência direta no processo de implantação da SAE, fazendo com que os membros da equipe de enfermagem tenham que lidar constantemente com

improvisos (déficit de material e pessoal) para que o cliente seja assistido, mesmo que o cuidado seja prestado de uma situação de inadequação. Castilho, Ribeiro e Chirelli (2009) apontam dificuldades encontradas durante a operacionalização do processo de enfermagem, tais como problemas em relação à sobrecarga de trabalho associados aos desvios e indefinição da função do enfermeiro. Vocábulos como *sobrecarga*, *trabalho*, *insuficiente*, *déficit*, *inerente*, *compromisso* e *institucionais* e as u.c.e. mostradas em seguida apontam nesta direção:

*[Os enfermeiros, ao serem indagados quanto às desvantagens relacionadas à implementação da sistematização da assistência de enfermagem (...), apontaram problemas relacionados à sobrecarga de trabalho e], ainda ao número **insuficiente de profissionais** para o **desempenho** da atividade. (...) Observou-se a **falta de conhecimento** do processo de enfermagem e [a] **dificuldade** de desenvolver a sistematização da assistência de enfermagem entre a maioria dos profissionais entrevistados (u.c.e. 2610, Classe: 2, Khi²: 20, texto 39).*

*Consequentemente, do reconhecimento social da profissão e da preservação da saúde (...), a **instituição** não investe em **recursos humanos**. Significa a interação dos **componentes**, apontados pelos enfermeiros como **dificultadores** na **operacionalização** da **sistematização da assistência**, o **déficit de recursos humanos** e da **capacitação** (u.c.e. 3092, Classe: 2, Khi²: 18, texto 48).*

GROSSI et al (2011) em seu estudo sobre a SAE destacou que apesar das justificativas éticas e legais para sua implementação e dos benefícios para todos os envolvidos, várias pesquisas sobre o assunto têm apontado dificuldades para sua operacionalização, visto que grande parte dos enfermeiros acaba dividindo seu tempo entre a elaboração da SAE e as atividades administrativas, e se deparam com o complexo desafio de administrar seu tempo para que todas as suas tarefas sejam realizadas integralmente e com qualidade na prestação de assistência ao paciente, especialmente na realização da SAE.

*Talvez a **dúvida** com relação a resolutividade esteja relacionada a **sobrecarga** das **atividades** e as **dificuldades inerentes** ao processo de trabalho do enfermeiro, como tempo **insuficiente** e a prevalência de **atividades técnicas**, ao invés do planejamento das atividades (u.c.e. 1657, Classe: 2, Khi²: 18, texto 25).*

*Assim, os fatores que **dificultam** a implementação da **sistematização da assistência** são: **despreparo do pessoal**, **falta de interesse**, **falta de tempo**, **quantidade de pessoal**, **falta de material** e/ou equipamento, **falta de vontade** por parte das **chefias** e da **instituição** (u.c.e. 503, Classe: 2, Khi²: 47, texto 6).*

Fica evidente que o conhecimento dos membros da equipe de enfermagem acerca do PE e da necessidade de um referencial teórico é essencial, para que as expectativas dos profissionais e da instituição sejam atendidas. Na maioria das vezes, observa-se a ausência de um programa de educação permanente na instituição e adoção de um modelo teórico e de saúde, que intensifiquem as habilidades clínicas e as competências técnicas e gerenciais fundamentais para que os enfermeiros possam operacionalizar a SAE e o PE, com mais facilidade. Os vocábulos ilustrativos destacados são *dificuldade*, *falta*, *conhecimento*,

treinamento, capacitação, fator, facilitador, preparo, educação e permanente. As u.c.e. a seguir seguem esta mesma posição:

*A **falta** de conhecimento da **equipe de enfermagem** sobre o tema; o não **envolvimento** dos profissionais da área neste processo. Entre esses dificultadores, o **modelo teórico** emerso neste estudo aponta o **déficit de recursos humanos** como **componente** desencadeador de uma assistência de enfermagem fundamentada no modelo funcional, que inviabiliza a **operacionalização** de uma **assistência integral**, [como é caso da sistematização da assistência de enfermagem] (u.c.e. 3171, Classe: 2, Khi²: 31, texto 48).*

*Reconhece-se a falta **capacitação, educação permanente** e cobrança por parte das chefias superiores e da **própria instituição** para a realização de uma assistência realmente sistematizada. (...) O que precisa ser trabalhado é a consciência dos enfermeiros para que utilizem a sistematização da assistência de enfermagem, enquanto uma ferramenta gerencial, para embasar a assistência que prestam e assim poderem avaliar resultados (u.c.e. 6919, Classe: 2, Khi²: 19, texto 103).*

*(...) **Falhas** na assistência prestada, não **envolvimento** dos profissionais de enfermagem; ficando a assistência **sem referência**, passando cada um a desenvolver seu **trabalho** como acha mais conveniente. Ainda como problema decorrente da não utilização de uma metodologia assistencial, foi citado (...) o desgaste de **recursos humanos**, [vez que, no momento em que o enfermeiro não percebe um bom funcionamento e rendimento pela sua equipe de trabalho, imediatamente, passa a desacreditar no seu potencial enquanto líder e gerente] (u.c.e. 586, Classe: 2, Khi²: 16, texto 7).*

*(...) [O] **conhecimento** e [a] **capacidade** estratégica para envolver e **comprometer**, criativamente, os demais **profissionais** da equipe de saúde. **Importância** da formação e **educação permanente** aponta para a importância do conhecimento teórico como **fator facilitador** da implantação e implementação da **sistematização da assistência de enfermagem** (u.c.e. 2006, Classe: 2, Khi²: 27, texto 30).*

*Conclui-se que os funcionários em questão **pouco sabem** sobre a sistematização da assistência de enfermagem, e **reconhecem** ser necessário **aprender mais**, para poder **aplicá-la** na prática. Notou-se um grande interesse por parte de toda a **equipe de enfermagem** em conhecer melhor a **sistematização da assistência de enfermagem** e tomá-la parte de sua rotina (u.c.e. 3772, Classe: 2, Khi²: 18, texto 57).*

*Para que haja melhoria neste aspecto, sugere-se a **capacitação** dos **profissionais** enfermeiros, a **sensibilização** da **equipe** multidisciplinar atuante no setor, encontros científicos que abranjam a prática baseada em **evidências** na enfermagem e incentivar a **educação permanente**, pois esta **facilitaria** a intermediação de saberes com a **equipe** (u.c.e. 4091, Classe: 2, Khi²: 20, texto 62).*

Outros aspectos contribuem para que ocorram dificuldades na operacionalização do PE. Dentre eles destaca-se a desarticulação e/ou dicotomia entre a teoria ensinada durante a formação profissional e o que se faz na prática. Isto facilita os desvios de funções e os conflitos de papéis. Os núcleos compostos pelas palavras mais representativas são: *perceber, percepção, administrativo, cumprimento, burocrático, papéis, delega e detrimento*, e os conteúdos das seguintes u.c.e. mostram detalhes desta posição:

*Por se **perceber** a sistematização da assistência como algo teórico. Na **percepção** de alguns enfermeiros, existem **dificuldades de relacionar** a teoria e a prática, quando se trata de **sistematização da assistência** (u.c.e. 3006, Classe: 2, Khi²: 20,*

texto 44).

*Foi identificada, também, [uma] divergência dos conceitos de cuidado ao paciente e gerenciamento das atividades de enfermagem. (...). A **divergência** desses conceitos está presente, hoje, nas instituições de saúde, uma vez que estas **demandam** do profissional enfermeiro **atividades administrativas** [e] não o gerenciamento do cuidado. Esse **fato** causa **conflito de papéis**, em que o enfermeiro se divide entre o **desejo** de **prestar** assistência e as demandas gerenciais da **instituição** (u.c.e. 2688, Classe: 2, Khi²: 15, texto 40).*

Atualmente, exige-se tomadas de decisão do enfermeiro, seja no hospital, no domicílio ou na comunidade. Isto requer o exercício de sua função de maneira mais completa, com características multidisciplinares e uma linha definidora diante dos problemas sociais existentes. A assistência vem se tornando cada vez mais complexa, por tentar ajustar-se às rápidas mudanças sociais.

Os enfermeiros desejam praticar a SAE através de todas as fases do PE, para planejar, investigar, diagnosticar e avaliar as intervenções de enfermagem e os resultados destas intervenções. Entretanto, eles não conseguem desenvolver esta prática, por encontrarem neste percurso uma série de fatores que distanciam a teoria da prática. Isto desmotiva o profissional que, apesar de reconhecer a relevância do PE, não a experimenta de fato ou o profissional responsável pela SAE fica desconhecido. E, algumas vezes, o processo é dito implantado, mas o que se constata, na maioria das vezes, é apenas uma forma parcial de se trabalhar, com a realização de uma ou outra etapa do PE. As palavras: *desejo, trabalhador, funcionário, papéis, plantonista, direta e supervisão* e as u.c.e. apresentadas a seguir, tratam esta posição:

*[Outro problema (...) foi o conflito de papéis, ficando nitido o conflito que os enfermeiros vivenciam entre o desejo de prestar a assistência e as reais cobranças da instituição, ou seja, as atividades administrativas]. Muitos **atribuem** a existência deste **conflito** à dificuldade em **gerenciar**, principalmente em gerenciar a assistência, visto que não foram preparados para tais **atividades**, e sim para assistência **direta** ao cliente sem **planejamento**, ou para a gerência da unidade hospitalar (u.c.e. 581, Classe: 2, Khi²: 31, texto 7).*

*Um **atributo** de forte significado para a profissão e para o **profissional** está contido no termo incluso "assumir **papéis** de outros **profissionais**". Ainda discorrendo sobre o **perfil** do enfermeiro que não utiliza o processo de enfermagem, os informantes acrescentam a esse **profissional** os **atributos** de **burocrático** que fica só atrás da mesa, somente para preencher papel. Dentre os atributos (...), referentes ao próprio profissional, o mais ressaltado foi o de tarefeiro. Outros termos inclusos são relativos ao seu cotidiano **profissional**, como **supervisor** de tarefas desenvolvidas pelos auxiliares e técnicos e tender a ficar só com trabalhos administrativos, deixando de lado a sua **função** cuidativa (u.c.e. 6959, Classe: 2, Khi²: 16, texto 104).*

[A função do enfermeiro e da equipe de enfermagem na aplicação da sistematização da assistência de enfermagem estava pouco definida, pois mesmo os enfermeiros tinham dúvidas quanto às suas responsabilidades nesse processo (...). Essa dificuldade de reconhecer o verdadeiro responsável pela realização da sistematização da assistência de enfermagem foi observada quando se perguntou se

sabiam quem deveria realizá-la. (...) obteve-se as seguintes respostas] a enfermeira, o enfermeiro e sua **equipe de enfermagem**. Assim, se existiu uma **dificuldade** de responder quem é a pessoa responsável por realizar a **sistematização da assistência de enfermagem**, tornou-se ainda mais difícil reconhecer os seus próprios **papéis** na **sistematização da assistência de enfermagem** (u.c.e. 3756, Classe: 2, Khi²: 22, texto 57).

[Percebeu-se que os integrantes da equipe de enfermagem têm noção sobre o valor do conhecimento para a ação em enfermagem,] conferindo segurança e otimização de resultados desta ação. Por outro lado, foi evidenciado que tem **dúvidas** sobre o **papel** do enfermeiro e sua **responsabilidade** na **execução da sistematização da assistência de enfermagem** (u.c.e. 3736, Classe: 2, Khi²: 23, texto 57).

Apesar de todas as limitações e dificuldades até agora apontadas surgem algumas iniciativas para sua superação, no sentido de contribuir para a operacionalização efetiva do PE. Dentre elas, destacam-se: mudanças na rotina do serviço, no comportamento do próprio profissional de enfermagem e/ou dos gestores das instituições e no reconhecimento dos profissionais sobre a essencialidade do PE para a assistência. As palavras: *implementação, sistematização, assistência, enfermagem, metodologia e implantar* podem ser associadas à u.c.e. apresentadas a seguir e mostram estas iniciativas:

Os benefícios gerados pela efetivação do PE são reconhecidos não apenas pela **literatura** pertinente à temática, mas também pelos **profissionais** que estão diretamente vinculados à **prática assistencial**, conforme evidenciou o resultado do estudo. Percebeu-se ainda que (...) [há] uma **motivação** destes em **implantar a metodologia** na prática, por acreditar em seus benefícios. Entretanto, gerir mudanças com **recursos materiais e humanos insuficientes** constitui-se um **desafio** (u.c.e. 2451, Classe: 2, Khi²: 31, texto 36).

[Neste estudo, emergiram da análise como facilidades, aquelas decorrentes da própria vontade dos profissionais de implantar a sistematização da assistência de enfermagem.] Essa situação apareceu como o principal **facilitador**, o que leva a **acreditar** que **dentre** os **profissionais** desmotivados e resistentes, existem aqueles que acreditam. (...) Vai muito da **vontade** de cada um, do **interesse** de fazer, de **implantar a sistematização da assistência** (u.c.e. 4000, Classe: 2, Khi²: 34, texto 61).

[...] Percebendo processos que facilitam a realização e implementação da sistematização da assistência de enfermagem. Significa algumas sugestões que poderiam ajudar a tornar viável a sistematização da assistência de enfermagem na instituição, reunidas em cinco categorias; sentir-se motivado quando permanece fixo em determinada unidade;] **acreditar** na divisão de pacientes por **plantão** para a realização da **sistematização da assistência** de enfermagem; perceber um movimento para a modificação da sistematização da assistência de enfermagem vigente; **interesse e facilidade** de enfermeiro recém-formado em realizar a sistematização da assistência de enfermagem; desejar **educação continuada** sobre a **sistematização da assistência** de enfermagem; **racionalizar** o processo de **trabalho** da instituição para **amenizar** o sentimento de culpa perante sua **impotência** (u.c.e. 3089, Classe: 2, Khi²: 20, texto 48).

As u.c.e. e as palavras que compuseram os núcleos temáticos na CHA deste grupo temático destacaram que vários são os fatores que influenciam na implantação e implementação do PE. Alguns desses fatores estão no âmbito da competência organizacional e dos serviços de

gestão e outros fatores fazem parte do próprio cotidiano assistencial e administrativo destes profissionais. A falta de capacitação da equipe de enfermagem também foi apontada como um dos fatores que mais contribuem para o insucesso desta prática.

3.4.1.2 GRUPO TEMÁTICO V. FATORES EXTRÍNSECOS RELACIONADOS AO PE

A construção coletiva do PE é fundamental, tanto para a compreensão de que ele é essencial, como também para a efetivação plena de suas etapas. Assim, é necessário que toda a equipe, os gestores e a instituição estejam envolvidos na implantação desta metodologia. Neste sentido, é previsível que os auxiliares e técnicos de enfermagem mostrem desinteresse em implementar o PE, por estarem fora de seu processo de elaboração e de orientação sobre sua implementação. Os vocábulos *compromisso*, *auxiliar*, *técnico*, *enfermagem* e *institucionais* e u.c.e. apresentadas a seguir, mostram claramente as posições sobre a necessidade de envolvimento de todos da equipe de saúde e de enfermagem e ainda, a necessidade de treinamento e integração destes profissionais na implementação do PE:

*[A sensibilização de toda a equipe da importância dessa metodologia deve fazer parte do plano de ação da chefia de enfermagem.] como pré-requisito para sua efetiva **implantação**. Algumas autoras **atribuem** a falta de interesse dos **auxiliares de enfermagem** em **implementar** o processo, à falta de orientação quanto a sua **importância**, ou mesmo, ao fato de não estarem envolvidos na sua elaboração (u.c.e. 4530, Classe: 2, Khi²: 16, texto 69).*

*Assim, não basta somente o enfermeiro para **implementar** a **sistematização da assistência**, pois sem a **sensibilização** de toda **equipe**, torna-se desfavorável [sua] aplicabilidade na prática assistencial (u.c.e. 4070, Classe: 2, Khi²: 20, texto 62). Aspectos **institucionais**; o **compromisso** da gerência, das chefias, **supervisão** e a própria **instituição** foram apontados em diversos artigos como fator determinante [para] a **implantação** da sistematização da assistência (u.c.e. 2012, Classe: 2, Khi²: 35, texto: 30).*

*[Ficou evidente nos depoimentos dos enfermeiros o desconhecimento relacionado à sistematização da assistência de enfermagem]. Com isso, (...) **percebemos** esta **divergência**, conforme [o] disposto (...) [a seguir]: [uma] **importância** maior para **implementação** da **sistematização da assistência de enfermagem** é [a] **educação** de todos **profissionais** da **equipe** multidisciplinar, não só da enfermagem. É uma questão de cultura, uma vez que isso seja **implementado** dentro de uma unidade (u.c.e. 7104, Classe: 2, Khi²: 24, texto 106).*

*A prática assistencial de enfermagem necessita de uma **equipe** para ser **viabilizada**. Portanto, o **envolvimento** de todos na **implementação da sistematização da assistência de enfermagem** deve ser **estimulado**. Além do enfermeiro, os **técnicos de enfermagem** e os **auxiliares de enfermagem** possuem [um] **papel** de extrema **importância**, [pois executam as prescrições de enfermagem e auxiliam na organização dos recursos materiais necessários para assistência e organização da unidade de internação, dentre outras atividades] (u.c.e. 2699, Classe: 2, Khi²: 30, texto 40).*

As instituições e seus gestores podem exercer uma forte influência e tomar decisões que estão diretamente relacionadas ao sucesso ou insucesso da implantação e implementação da

SAE através do PE. Neste sentido, os vocábulos *interesse*, *instituição*, *vontade*, *efetivo*, *participar*, *participação*, *acreditar*, *organização* e *operacionalização* e as u.c.e. apresentadas em seguida ilustram esta posição:

[A incorporação de novos modelos de gestão dentro de diversas organizações, inclusive daquelas que prestam assistência à saúde, modelos caracterizados por uma participação mais ativa dos diversos atores que fazem parte dessas instituições. Talvez esses novos modelos e tendências de gestão organizacional permitam a enfermagem vislumbrar uma atuação mais efetiva dentro das instituições, o que pode facilitar a implantação da sistematização da assistência de enfermagem]. **Interesse institucional** pela proposta e sua viabilidade prática; a **falta** vontade das **chefias** e da **instituição** é apontada como um **fator** que **dificulta** a **implantação** e **implementação** da sistematização da assistência de enfermagem, além do fato da **instituição** como **organização** burocrática não esperar que seja realizado outro cuidado, além do estabelecido pelo médico (u.c.e. 4509, Classe: 2, Khi²: 57, texto 69).

(...) as **dificuldades** para a **implantação** da **sistematização da assistência de enfermagem** estão **diretamente** ligadas a problemas **institucionais** e **pessoais**. No que se refere às questões **institucionais**, percebe-se a necessidade do envolvimento das **equipes** e da **vontade** política para se alcançar a meta de **implantação da sistematização da assistência de enfermagem** (u.c.e. 4022, Classe: 2, Khi²: 41, texto 61).

No entanto, ainda são escassos os subsídios para a sua **efetivação** [da sistematização da assistência de enfermagem, aliados aos **entranhes inerentes** à própria **instituição**. O processo de implantação da sistematização da assistência de enfermagem é bastante **complexo**, o que torna fundamental conhecer a estrutura **institucional** e os aspectos que possam contribuir para **facilitar ou prejudicar** a sua **implantação** (u.c.e. 2427, Classe: 2, Khi²: 20, texto 36).

[É importante enfatizar que os fatores impeditivos para a implementação do processo de enfermagem apontam para o despreparo do grupo, à falta de interesse e, também, a falta de profissionais, tempo e vontade dos gerentes dos serviços.] a **filosofia** da **instituição**, a complexidade do método, a **falta** de conscientização, a acomodação e a desmotivação do profissional de enfermagem; no **aspecto organizacional**, a **falta** de **pessoal** de enfermagem é o **fator** que predomina prejudicando a **implementação** do processo de enfermagem (u.c.e. 7155, Classe: 2, Khi²: 25, texto 107).

[. Pode-se pensar que a não aderência dos enfermeiros à sistematização da assistência de enfermagem esteja relacionada a barreiras pessoais como o ingresso no mercado de trabalho ou falta de interesse] ou, **barreiras institucionais** como a **filosofia** e **interesse** da **instituição**. Essas **barreiras** podem **comprometer** a **motivação** dos profissionais na **execução** dessa **metodologia de assistência** (u.c.e. 1361, Classe: 2, Khi²: 25, texto 18).

[Alguns fatores influenciam na implantação da sistematização da assistência de enfermagem:] necessidade de apoio da **gerência administrativa responsável pela instituição** e quadro de enfermagem favorável à implantação, **apoio** inter e entre classes profissionais, **recursos** físicos, **humanos** e **materiais** adequados, **capacitação** profissional, [planejamento da divisão do tempo de trabalho entre atividades administrativas e assistenciais, e desinteresse e despreparo de alguns enfermeiros] (u.c.e. 6531, Classe: 2, Khi²: 26, texto 98).

Aliado a estes fatos ocorre o desenvolvimento de uma prática baseada no modelo técnico / biomédico, que prioriza a doença e os procedimentos, bem como excesso de ações administrativas em detrimento das atividades assistenciais, que se constituem em algumas das

dificuldades que contribuem para a ausência de implementação do PE nas instituições hospitalares, como se observa nos vocábulos: *dificulta, fatores, setor, interferência, dificuldades e chefia* e nas u.c.e. apresentadas a seguir:

*[As atividades que aproximam o enfermeiro do cliente são fragmentadas e geralmente implicam em algum tipo de risco ou complexidade o que, no nosso entendimento, constitui uma ação fragmentada na qual não se tem controle sobre o produto final]. Pela análise, (...) podemos relacionar como **atividades do cotidiano** dos enfermeiros, a elaboração da escala de trabalho da **equipe** de auxiliares; o **planejamento, a coordenação e a supervisão** das atividades e do pessoal; e a **organização** ou suprimento do **setor** quanto a **pessoal, material de consumo e permanente** (u.c.e. 5338, Classe: 2, Khi²: 37, texto 79).*

*Outras vezes a prática do enfermeiro é basicamente **atividade burocrática**, perdendo toda a sua essência. As **facilidades e dificuldades** na **implementação** do processo de enfermagem devem ser analisadas pela **equipe de enfermagem**, uma vez que cada **instituição** possui suas peculiaridades, [a fim de que o método seja implantado com conhecimento da situação e com metas possíveis de serem alcançadas] (u.c.e. 428, Classe: 2, Khi²: 25, texto 5).*

Ainda que as Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação na graduação salientem a necessidade de convergência entre gestão e assistência no cotidiano do enfermeiro, evidencia-se que, na prática profissional, os enfermeiros concentram-se na função administrativa, distanciando-se do cuidado direto ao paciente. Esse distanciamento talvez se deva ao despreparo do enfermeiro e à maneira desarticulada com que muitas instituições de ensino superior abordam esses conteúdos e os relacionam com a prática cotidiana do trabalho (BRUSAMOLIN; MONTEZELI; PERES, 2010). As u.c.e. apresentadas e os vocábulos: *assistencial, administrativa, atividades, profissional, importância, administrativo e atribuição*, a seguir, marcam estes aspectos:

*[Por outro lado, nota-se um desinteresse dos enfermeiros em relação à implementação do plano de cuidados, manifestado pela falta de sistematização na prestação da assistência, além da não priorização de suas atividades.] o que faz com que o enfermeiro muitas vezes exerça **funções** burocráticas em detrimento às **atividades** de natureza **assistencial** (u.c.e. 6159, Classe 2, Khi²: 25; texto 90).*

*[As dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para implantação da sistematização da assistência de enfermagem são diversas, destacando-se as seguintes; o número reduzido de profissionais de enfermagem,] (...) a **sobrecarga de trabalho** do enfermeiro, o tempo, a pouca **vontade** dos **gestores** em **implantar** a **sistematização da assistência** de enfermagem, o desconhecimento do **funcionamento** do processo e a falta de motivação **profissional** (u.c.e. 2999, Classe: 2, Khi²: 28, texto 44).*

O enfermeiro ao planejar a assistência de enfermagem deve empregar conhecimentos provenientes de outras áreas do saber que são fundamentos para suas decisões clínicas e éticas. Esta deve refletir, ainda, sobre o que deverá fazer e explicar os motivos pelos quais agiu de determinada maneira. Para isto, ela mobiliza uma série de processos de raciocínio, estratégias e métodos para operacionalizar o seu conhecimento e tomar decisões clínicas

válidas. No entanto, o que se observa na prática assistencial é que esta responsabilidade está sendo substituída por outros afazeres, o que o leva o enfermeiro a uma rotina, o que a afasta cada vez mais praticar sua capacidade reflexiva aliada à investigação. Neste sentido, os vocábulos: *acaba, delegando, cumprimento, burocrática e atribuir* e as u.c.e. mostradas a seguir, enfatizam estes aspectos:

*Chega a ser relatado que o árduo processo **burocrático** existente, torna-se um empecilho na **implementação SAE**. [Devido a burocracia e pelo fato de não ter tempo de realizar os cuidados com o paciente (...) no âmbito hospitalar, a atuação do enfermeiro nem sempre está direcionada ao atendimento das necessidades do cliente, mas a realização de ações não inerentes à enfermagem, levando a execução de atividades de outros profissionais ou cumprimento de ações puramente burocráticas, o que desvia o enfermeiro do cumprimento de suas atribuições] (u.c.e. 4044, Classe: 2, Khi²: 18, texto 62).*

*A indefinição do **papel** do enfermeiro e, principalmente, **falta** de tempo **devido a sobrecarga de trabalho** (...) dos enfermeiros pode estar relacionada às **atividades inerentes** ao seu processo de trabalho como prestar assistência com qualidade, **supervisionar** e orientar os trabalhadores de enfermagem e realizar o gerenciamento da unidade (u.c.e. 1644, Classe: 2, Khi²: 18, texto 25).*

Até aqui, as dificuldades para a implantação do PE ficaram patentes e mais numerosas do que as facilidades para seu desenvolvimento nos serviços de saúde. As u.c.e e palavras representativas: *operacionalização, execução, mudança e envolvidas* apresentadas a seguir, expressam algumas estratégias para superar estas dificuldades, tais como o aumento de recursos humanos e investimento na capacitação profissional mostrados como ações prioritárias. As u.c.e. destacam, a seguir, estas prioridades:

*Idealizar a **operacionalização** da **sistematização da assistência** de enfermagem, cujo principal **componente** interveniente são **os recursos humanos**. Espera-se **investimento institucional em pessoal** na área de enfermagem, primeiramente no aspecto numérico e, consecutivamente, na **capacitação** (u.c.e. 3139, Classe: 2, Khi²: 46, texto 48).*

*No processo de **implantação** da **sistematização da assistência de enfermagem**, ressalta-se a **importância** de se avaliar os **recursos humanos envolvidos**, o interesse da instituição em aumentar o quantitativo e a **capacitação dos profissionais**. A **educação continuada** para enfermeiros assistenciais é apontada como mecanismo pelo qual pode se alcançar a **mudança de comportamento** (u.c.e. 2448, Classe: 2, Khi²: 19, texto 36).*

*Sugere-se o **envolvimento da equipe gestora** da organização, no intuito de prover os recursos necessários à implementação e (...) manutenção da **sistematização da assistência de enfermagem**, bem como **investir na qualificação dos profissionais** de enfermagem, [de modo a favorecer o incremento da qualidade de assistência na perspectiva de revertê-la em benefícios à saúde dos pacientes, à própria equipe de enfermagem, demais profissionais da organização e à própria instituição prestadora de serviços de saúde] (u.c.e. 2452, Classe: 2, Khi²: 19, texto 36).*

*As **dúvidas** e **dificuldades** são muitas, e (...) seria importante mais **treinamento** e um apoio técnico por tempo razoável. Para a **implementação** da proposta de forma mais **efetiva**, também é fundamental a disponibilidade de tempo para a **execução**. (u.c.e. 2704, Classe: 2, Khi²: 20, texto 40).*

*Compreende-se como fundamental o apoio da **gerência** de enfermagem e da **instituição**, o qual deverá ser traduzido em **vontade política** e **envolvimento de recursos** que a **viabilizem** (u.c.e. 4006, Classe: 2, Khi²: 21, texto 61).*

Os enfermeiros até demonstram interesse na aplicação prática e institucional da SAE, mas para tal é necessário que os setores responsáveis também reconheçam que, para o serviço, ela é essencial.

Entretanto, o processo de aceitação ocorre com dificuldade e é preciso enfrentar as resistências através da adoção de estratégias, tais como: realizar oficinas de sensibilização da equipe de enfermagem, inclusive dinâmicas de grupo voltadas para toda a equipe de enfermagem incluindo os auxiliares e técnicos de enfermagem. Estes últimos, desde o início da história da enfermagem estão desabituaados a seguir orientações / prescrições de enfermagem em detrimento de prescrições médicas (PERES, et al., 2009). Você tem essa referência? Não está no Alceste e nem consta nas referências. O bom entrosamento e relacionamento de toda a equipe também devem ser estimulados durante a realização destas estratégias, para facilitar a capacitação e o uso do PE na prática.

Existe um desconhecimento do PE por parte dos técnicos e auxiliares de enfermagem, o que diminui sua participação na operacionalização do mesmo. Neste sentido, outro fator limitante é a falta de consenso entre os próprios enfermeiros sobre o tipo de participação destes trabalhadores na aplicação do PE. As u.c.e. e as palavras: *atribuição* e *participação* apresentadas a seguir indicam estes aspectos:

*A **participação** dos **auxiliares** (...) e **técnicos de enfermagem** no processo de enfermagem ainda é obscura. Durante a formação dos **auxiliares** (...) e **técnicos de enfermagem** é necessário que eles tenham maior contato com o processo de enfermagem e esclarecimento das **atribuições** e responsabilidades de cada **membro da equipe de enfermagem** (u.c.e. 2490, Classe: 2, Khi²: 18, texto 37).*

Os auxiliares e técnicos de enfermagem devem estar envolvidos no PE, sendo essencial que sejam superados obstáculos inerentes à sua formação. Geralmente, durante o curso técnico inexistente incentivo para o ensino do PE, o que leva à falta de interesse em implementar o PE, à falta de esclarecimento acerca de sua relevância para a profissão, ou mesmo, a ausência de envolvimento em sua elaboração.

A inviabilidade de funcionamento do PE ocorre muitas vezes por tentativas mal-estruturadas de implantação, má qualidade ou ausência dos serviços de capacitação profissional, falta de consenso na divisão de tarefas, desconhecimento sobre as teorias de enfermagem, uso inconsistente de pressupostos teóricos e conceitos relacionados com a prática do cuidar. Estas dificuldades são corroboradas pela desatualização profissional caracterizada pela falta de conhecimento sobre como utilizar o PE e pela sua desvalorização por parte dos

próprios enfermeiros, dos demais membros da equipe de enfermagem, dos médicos e da administração da instituição. As palavras: *desconhecimento, falta, conhecimento, atividade, burocrática e técnica* e as u.c.e. a seguir apresentam estes aspectos:

*[Dificuldades operacionais envolvidas na sistematização da assistência de enfermagem na prática, tais como a falta de conhecimento de todos os passos envolvidos no processo, número excessivo de tarefas para a equipe de enfermagem], a má qualidade da educação **profissional** e o relato **insuficiente** sobre o exame físico relacionado à doença estão entre esses fatores. A **prática de enfermagem** também é frequentemente ligada ao desempenho de **atividades técnicas e burocráticas**, em detrimento do **processo de enfermagem** (u.c.e. 1532, Classe:2, Khi²:16, texto 23).*

Os enfermeiros desejam praticar todas as fases do PE, no contexto da SAE, planejando, investigando, diagnosticando e avaliando as intervenções. Entretanto, eles não conseguem por encontrarem no percurso uma série de fatores que distanciam a teoria da prática, o que causa desmotivação profissional. Apesar de reconhecerem a relevância do PE e da SAE, deixam isto de lado em suas experiências cotidianas. E ainda, o processo é dito como implantado, mas o que se percebe é uma forma parcial de se trabalhar, com a realização de uma ou outra etapa. (CAVALCANTE et.al, 2011). As palavras: *alienado, desvalorização e conhecimento* expressam esta questão nas u.c.e. destacadas a seguir:

*Independentemente dos **conflitos** de atribuições, porém, o fato de os **participantes** da pesquisa entenderem a **sistematização da assistência de enfermagem** como um fator dificultador do **gerenciamento** das atividades de enfermagem **evidencia** que eles não a percebem como um instrumento organizador do processo de trabalho. (...) A **desorganização** do serviço está relacionada à falta de padronização de condutas dos **profissionais**, inexistência ou **desconhecimento** de normas e rotinas, bem como a não utilização de uma metodologia de assistência (u.c.e. 2689, Classe: 2, Khi²: 27, texto 40).*

*[Quanto às determinantes do trabalho alienado, pudemos identificar nos depoimentos aspectos referentes à organização do trabalho e à **falta de consenso** sobre as atividades profissionais.] (...) Há referências ainda ao número reduzido de auxiliares de enfermagem e, principalmente, de enfermeiras, além **da falta de treinamentos** periódicos. Não obstante as determinantes institucionais foi identificada [uma determinante] na própria área profissional que seria o **compromisso**, caracterizado por uma postura mais atuante e pela continuidade das ações prescritas (u.c.e. 5340, Classe: 2, Khi²: 20, texto 79)*

A falta de registro em relação à SAE e ao PE contribui para a invisibilidade do fazer do enfermeiro. As palavras: *acha, gente, perde, inexistência e sistematização* e u.c.e. apresentadas a seguir, marcam estes aspectos:

*Eu **acho** que a **gente perde** espaço. Isso demonstra que alguns dos enfermeiros estão cientes de sua **responsabilidade** pela **falta** ou influência de registros de enfermagem e pelo adiamento da **sistematização da assistência** (u.c.e. 1711, Classe: 2, Khi²: 19, texto 26).*

*Indisponibilidade de impressos apropriados ao emprego do processo de enfermagem, **sobrecarga** de trabalho dos **profissionais gerada** pelas inúmeras **atribuições assistenciais** e **burocráticas** que desenvolvem e a **inexistência de interesse** (u.c.e. 3241, Classe: 2, Khi²: 18, texto 49).*

Neste eixo temático tornou-se evidente que os enfermeiros encontram dificuldades para exercer o seu papel enquanto responsáveis pela aplicação do PE. As u.c.e. destacaram que a maior parte dessas dificuldades esteve relacionada aos fatores extrínsecos, tais como: a sobrecarga de trabalho em sua prática, geralmente vinculada ao cumprimento de atividades burocráticas e técnicas, a reprodução do modelo biomédico no ensino e na prática de enfermagem e a resistência das chefias e dos gestores em adotar efetivamente esse método de trabalho nas instituições de saúde. Estas dificuldades acabam por influenciar todos os membros da equipe de enfermagem. As palavras significativas: *perfil, componentes, apoio, equipe e chefia*, destacadas nas u.c.e. são apresentadas, a saber:

*[O perfil da equipe de enfermagem mencionado como fator facilitador foi profissionalismo da equipe, bom relacionamento entre componentes da equipe de enfermagem e desta com outros profissionais] **interação** efetiva e **apoio da supervisão** e chefia de enfermagem, **apoio** dos colegas, **autonomia** dos enfermeiros e o conhecimento adquirido pela **capacitação** específica. Os **participantes** também identificaram fatores **dificultadores** que **interferem** na **participação efetiva** da **equipe** no processo de **implementação** do processo de enfermagem, tais como déficit de recursos humanos, (...) educação permanente e sobrecarga de trabalho (u.c.e 2671, Classe: 2, Khi²: 20, texto 40).*

Neste grupo temático, a principal abordagem é relacionada aos aspectos funcionais e gerenciais do trabalho do enfermeiro e do técnico de enfermagem, nos quais a sobrecarga de trabalho e acúmulo de papéis são vistos como um empecilho para a prática do PE. Evidenciou-se também que a falta de apoio e incentivo das chefias / diretorias de enfermagem para promover a adesão do grupo de enfermeiras e um maior comprometimento de auxiliares e técnicos de enfermagem são os principais fatores que contribuem para que o PE não seja implantado e implementado nos serviços de enfermagem.

3.4.1.3 Análise do Bloco Temático

O discurso apresentado neste bloco temático apresenta similitudes em seu conjunto de enunciados sobre a prática assistencial através da implantação e implementação do PE nos serviços de saúde, dos quais destacam-se os aspectos gerenciais e as facilidades e dificuldades relatadas pelos profissionais de enfermagem, os quais exercem influência na operacionalização do PE na prática profissional de enfermeiras e enfermeiros.

Para que aconteça a implantação da SAE em diferentes cenários de saúde é necessário que ocorra o reconhecimento dos fatores que impedem sua utilização na prática assistencial. Nesse sentido, são destacados fatores relacionados aos profissionais (cotidiano em que o

profissional está inserido, atitudes de descrença, valores, habilidades técnicas e intelectuais insuficientes), à instituição (política voltada para a produtividade, normas e objetivos dos serviços que privilegiam a técnica e a quantidade de procedimentos) e os mecanismos de formação e preparo dos profissionais, os quais muitas vezes não contemplam a realidade dos serviços. Acredita-se que o reconhecimento da importância da SAE e a eliminação dos fatores que dificultam sua aplicação constituam o ponto chave para utilizar essa metodologia em diferentes realidades para direcionar o cuidado às necessidades do paciente e implantar o método em diferentes realidades (VENTURINI;MATSUDA;WAIDMAN, 2009, p.710).

Os grupos temáticos IV e V têm como foco alguns fatores intrínsecos e extrínsecos e suas interfaces, que interferem de maneira direta na implementação e implantação do PE nos serviços de saúde. Estes fatores estão relacionados com diferentes aspectos, tais como o conhecimento insuficiente sobre o tema, despreparo dos enfermeiros; formação acadêmica desvinculada do PE nas grades curriculares.

Neste bloco temático identificam-se alguns fatores importantes para a implantação do PE, dentre eles a valorização pelos enfermeiros e pelas instituições de saúde, bem como a posição destes na organização. Há dificuldades para sua execução, que envolvem a deficiência de recursos, aspectos do processo de trabalho e, principalmente, as características dos próprios enfermeiros, como a formação profissional, acúmulo de atribuições, seu conhecimento sobre o PE, dentre outros.

Vale ressaltar que o enfermeiro gerente confira-se em ator fundamental para o desenvolvimento do PE nas instituições hospitalares, uma vez que ele é o responsável pela coordenação dos serviços de enfermagem, padronização e qualificação da assistência de forma que seja possível avaliar e reavaliar as ações, visando sempre à qualidade da assistência. Além disso, espera-se que ele incorpore um caráter articulador e integrativo, conforme planeja o cuidado e avalia a assistência prestada a partir das necessidades dos clientes e da equipe de profissionais de saúde (TRIGUEIRO, et al., p.344).

Relacionam-se à dicotomia entre a prática assistencial e o ensino, ao predomínio do modelo tecnicista que prioriza a doença e os procedimentos. Esta dicotomia ainda focaliza as barreiras pessoais como a falta de interesse pelo assunto, a falta de motivação, os conflitos decorrentes de incompreensões sobre o saber, fazer e ser enfermeiro, conflitos intrapessoais e interpessoais, dificuldades relativas à comunicação terapêutica, insatisfação e desvalorização profissional, aspectos institucionais e de gestão, dentre outros.

As u.c.e. e as palavras mais significativas dessa classe sugerem que todas estas questões abordadas nos grupos temáticos impactam no setor saúde e repercutem no cotidiano

assistencial de enfermeiras e enfermeiros, porque o acúmulo das atividades administrativas e os fatores relacionados à escassez de recursos humanos nas instituições de saúde interferem diretamente no gerenciamento e planejamento da assistência. Como consequência de todos estes fatores pode ocorrer o afastamento / distanciamento de enfermeiras e enfermeiros em relação ao paciente, com prejuízo da qualidade da assistência de enfermagem.

Outro aspecto refere-se a sensibilização de toda a equipe para entender a implantação do PE como fundamental. Ele deve fazer parte do plano de ação da chefia de enfermagem, como pré-requisito para sua efetiva implantação. Sendo assim, é relevante destacar a necessidade de inclusão de todos os membros da equipe de enfermagem em processos de educação permanente, que sempre deverão estar acompanhados do devido processo de reflexão sobre a participação de cada membro da equipe de enfermagem nas diferentes fases do PE atendendo aos aspectos éticos e legais do exercício da profissão.

3.5 BLOCO TEMÁTICO III. O PE E A SAE NOS CONTEXTOS SOCIOCULTURAL E ASSISTENCIAL: DIMENSÕES TEÓRICAS, PRÁTICAS E SOCIAIS

As estratégias de derivação e síntese do conceito foram desenvolvidas no bloco temático III, em duas classes resultantes do Alceste: Classe 1. Contexto profissional e assistencial da SAE e do PE; e, Classe 3. “PE como eixo organizador do cuidado de enfermagem e sua contribuição para novas concepções do ser enfermeiro e do saber e fazer da enfermagem. Esta categoria apresentou 1681 u.c.e, com 31,09% do total de u.c.e que compõem o corpus de dados com a presença de 211 palavras plenas analisadas nestas duas classes.

3.5.1 CLASSE 1. Contexto profissional e assistencial da SAE e do PE

A classe 1 apresenta 14,89% do total das u.c.e. que constituem o corpus de dados deste estudo sendo também composta por 209 formas reduzidas de palavras plenas incluindo todas as variáveis de identificação e caracterização da amostra de estudo. Estas formas representam as palavras mais características distribuídas no total das 805 u.c.e. desta classe, ou seja, dos 805 recortes realizados nos textos que compõe a classe. O corte de x^2 de 34 resultou em 90 formas reduzidas e variáveis. No segundo corte do $x^2 = 34$ (mediana das frequências de x^2), observa-se o quantitativo de 57 variáveis e 71 formas reduzidas de palavras plenas considerando-se o resultado de 180 u.c.e. no total, para fins de análise nesta classe.

Estas 180 u. c. e. são as expressões formadoras do discurso analisado na classe 1. As variáveis associadas a esta classe foram relacionadas aos seguintes itens: identificação do número e tipo de estudo, tema principal abordado pelos autores, instituição de publicação, país e

estado da publicação, país e estado do autor principal, ano de publicação e idioma da publicação. Os totais de 23 textos e os tipos de estudos selecionados pelo Alceste agrupados nesta classe receberam as siglas *tex74_art_pesq; *tex53_art_pesq; *tex08_art_rel_exp; *tex15_art_pesq; *tex16_art_pesq; *tex01_art_pesq; *tex33_art_pesq; *tex104_art_pesq; *tex79_art_pesq; *tex56_tese; *tex59_ens_teor; *tex03_art_pesq; *tex101_art_pesq; *tex30_dissert; *tese10_art_pesq; *tex12_art_pesq; *tex64_art_pesq; *tex55_art_pesq; *tex20_editor; *tex42_art_pesq; *tex68_art_rev; *tex24_art_rel_exp; *tex21_editor.

Do conjunto de vinte e três textos agrupados nesta classe, quatorze são artigos originais de pesquisa e dois textos são respectivamente, uma tese de doutorado e uma dissertação de mestrado, dois relatos de experiências, um ensino teórico, dois editoriais e um estudo de ensaio teórico.

O quadro 2, apresentado a seguir, mostra as variáveis associadas a esta classe, com seus respectivos dados estatísticos. Neste sentido, as variáveis de identificação e caracterização associadas à classe foram organizadas e apresentadas segundo o valor decrescente de χ^2 .

Quadro 13. Variáveis de identificação e caracterização associadas à Classe 1. Rio de Janeiro, 2015

Variáveis	Formas reduzidas	χ^2	f corpus	f classe	% classe
Número do texto / Tipo de estudo	*tex74_art_pesq	209	63	50	79%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex53_art_pesq	172	58	44	76%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex08_art_rel_exp	146	44	35	80%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex15_art_pesq	109	51	34	67%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex16_art_pesq	97	55	34	62%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex01_art_pesq	85	74	39	53%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex33_art_pesq	44	53	25	47%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex104_art_pesq	61	75	35	47%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex79_art_pesq	30	75	28	37%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex56_tese	26	39	17	44%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex59_ens_teor	25	23	12	52%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex03_art_pesq	23	67	24	36%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex101_art_pesq	21	39	16	41%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex30_dissert	20	48	18	38%
Número do texto / Tipo de estudo	*tese10_pesq	17	67	22	33%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex12_art_pesq	10	53	16	30%

Variáveis	Formas reduzidas	χ^2	f corpus	f classe	% classe
Número do texto / Tipo de estudo	*tex64_art_pesq	7	60	16	27%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex55_art_pesq	7	49	14	29%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex20_editor	6	9	4	44%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex42_art_pesq	6	47	13	28%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex68_art_rev	5	30	9	30%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex24_art_rel_exp	5	66	16	24%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex21_editor	3	13	4	31%
Tema	*signif_pe	323	604	239	83%
Tema	*autonom_pe	62	101	43	43%
Tema	*sust_teor_pe	18	114	33	29%
Tema	*pe_ensino	6	219	45	21%
Tema	*prat_assist_pe	2	991	162	16%
Instituição de publicação	*uff	145	387	139	36%
Instituição de publicação	*uem	41	102	38	37%
Instituição de publicação	*eusp	25	533	118	22%
Instituição de publicação	*feuerj	25	23	12	52%
Instituição de publicação	*ufrj	17	310	71	23%
Instituição de publicação	*unifesp	22	171	47	27%
Instituição de publicação	*ufp	14	96	27	28%
Instituição de publicação	*eeufmg	10	94	25	27%
Instituição de publicação	*unioeste	10	53	16	30%
Instituição de publicação	*eerp	2	511	87	17%
País / Estado de publicação	*bras_rj	98	930	236	25%
País / Estado de publicação	*bras_pr	63	251	81	32%
País / Estado de publicação	*bras_sp	32	1283	254	20%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_rj	57	443	120	27%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_sc	44	356	96	27%
País / Estado do autor principal	*aut_mex	26	39	17	44%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_rgn	25	23	12	52%
País / Estado do autor principal	*aut_mexico	19	82	26	32%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_pr	12	347	74	21%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_pb	6	398	76	19%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_rs	6	311	61	20%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_ce	4	208	41	20%
Ano de publicação	*2007	41	177	56	32%
Ano de publicação	*2008	33	399	99	25%
Ano de publicação	*2005	14	306	68	22%
Ano de publicação	*2013	3	682	117	17%
Idioma	*port	40	3915	657	17%

A análise estatística do valor de χ^2 das variáveis associadas à classe 1 evidenciou que as u.c.i. identificaram os contextos semânticos desta classe, caracterizando os temas sobre o significado do PE, a saber: autonomia do enfermeiro, sustentação teórica do PE, ensino e prática

assistencial do PE, nos quais as práticas discursivas que formaram os saberes desta classe inserem-se e se caracterizam por saberes divulgados predominantemente no Brasil com publicações oriundas dos estados do Rio de Janeiro, Paraná e São Paulo. Estas produções foram divulgadas em menos de dez anos, a saber, nos anos de 2005, 2007, 2008 e 2013, e estavam em sua totalidade no idioma português.

Os dois autores mexicanos que surgem nas variáveis publicaram em períodos nacionais, pois ambos estavam ligados a programas de pós-graduação no Brasil. Outro aspecto a ser ressaltado diz respeito à variável instituição de publicação, na qual se evidenciaram os periódicos ligados às Universidades, tais como, *uff; *uem; *eeusp, feuerj, *ufrj, *unifesp, *ufp, *eeufmg, *unioeste e *eerp.

O contexto semântico das formas reduzidas de palavras plenas com maiores valores de χ^2 expressa um panorama geral da classe em relação aos seus conteúdos. A análise destas formas reduzidas juntamente com as palavras plenas e o conteúdo das u. c. e. possibilitou o delineamento e a configuração da classe, a partir da identificação das relações entre os diferentes elementos (palavras plenas) que compõem o discurso contido nos recortes, determinando assim, novos contextos semânticos.

Estes contextos foram organizados em grupos temáticos, que surgiram também a partir da figura 09 e que prescrevem as articulações relativas à semelhança, determinando, assim, novos contextos semânticos, ou seja, as temáticas: prática social, prática assistencial e significado cultural do PE. Neste sentido, foram abordados os recortes que estavam relacionados às questões relativas à prática assistencial do enfermeiro, nos âmbitos teórico versus prático (saber versus fazer), além do significado cultural do PE e seu impacto na inserção social da Enfermagem.

São apresentadas, a seguir, as formas reduzidas das palavras plenas com maiores valores de χ^2 e as frequências destas formas no corpus de dados e no corpus da classe, com seus respectivos contextos semânticos.

QUADRO 14. FORMAS REDUZIDAS DE PALAVRAS PLENAS DA CLASSE 1. RIO DE JANEIRO, 2015

Formas reduzidas	χ^2	f corpus	f classe	% classe	Palavras plenas e contexto semântico
constru+	189	84	57	68%	Construção (51) construir (8)
cultur+	152	47	37	79%	Cultura (13) culturais (10) cultural (16)
Valores	115	47	33	70%	Valores (35)
profiss+	111	165	72	44%	Profissão (70) profissões (4)
capaz+	104	50	33	66%	Capaz (19) capazes (16)
discurso+	97	33	25	76%	Discurso (24) discursos (3)
crenca+	95	27	22	81%	Crença (5) crenças (17)

Formas reduzidas	x ²	f corpus	f classe	% classe	Palavras plenas e contexto semântico
signific+	93	88	45	51%	Significa (10) significação (2) significado (44) significante (1)
fenomeno+	93	73	40	55%	Fenômeno (24) fenômenos (18)
social+	90	47	30	64%	Social (28) socialmente (3) sociais (17) sociedade (12) sociedades (1)
Ação	89	81	42	52%	Ação (46)
ideolog+	89	20	18	90%	Ideologia (6) ideologias (1) ideológica (4) ideológico (6) ideológicos (1)
busc+	85	115	52	45%	Busca (30) buscado (4) buscam (5) buscamos (3) buscando (4) buscar (6)
mundo	85	41	27	66%	mundo(30)
interativ+	74	25	19	76%	Interativa (2) interativas (3) interativo (15)
compartilh+	72	19	16	84%	Compartilhada (3) compartilhado (3) compartilham (3) compartilhamos (1)
pensamento+	70	46	27	59%	Pensamento (27)
sociais	68	22	17	77%	Social (28) socialmente (3) sociais (17)
critic+	67	39	24	62%	Crítica (12) criticado (1) criticar (1) críticas (8) crítico (6)
significados	61	31	20	65%	Significados (21)
contexto+	58	130	50	38%	Contexto (48) contextos (4)
pens+	57	46	25	54%	Pensa (2) pensada (1) pensado (1) pensamos (1) pensando (3) pensante (1)
process+	56	430	117	27%	Processos (26) processar (3) processo (122)
mudanca+	53	113	44	39%	Mudança (23) mudanças (21)
paradigma+	53	26	17	65%	Paradigma (11) paradigmas (6)
reflexão	51	49	25	51%	Reflexão (26)
represent+	51	103	41	40%	Representa (18) representação (4) representada (3) representado (1)
conquist+	50	32	19	59%	Conquista (10) conquistar (1) conquistas (9)
software+	50	22	15	68%	Software (10) softwares (5)
Interações	50	13	11	85%	Interações (11)
realidade+	48	106	41	39%	Realidade (37) realidades (5)
perspectiva+	48	67	30	45%	Perspectiva (19) perspectivas (11)
produc+	47	48	24	50%	Produção (23) produções (1)
concepç+	47	28	17	61%	Concepção (14) concepções (3)
interdisciplinar+	45	14	11	79%	Interdisciplinar (5) interdisciplinares (6)
movimento+	44	29	17	59%	Movimento (16) movimentos (1)
implic+	43	24	15	63%	implica(12) implicação (1) implicaram (1) implicou (1)
conheci+	43	369	98	27%	Conhecimento (71) conhecimentos (35)
autonom+	43	74	31	42%	Autonomia (32) autônomo (2)
sentido+	40	119	42	35%	Sentido (40) sentidos (2)
profissional+	40	317	86	27%	Profissional (87) profissionalmente (1)
ciencia+	39	53	24	45%	Ciência (19) ciências (6)
atitude+	39	43	21	49%	Atitude (7) atitudes (15)
processos	39	60	26	43%	Processos (26)
desarticula+	39	11	9	82%	Desarticulação (9)
situac+	38	151	49	32%	Situação (31) situações (21)
desafios	37	21	13	62%	Desafios (13)

Formas reduzidas	x ²	f corpus	f classe	% classe	Palavras plenas e contexto semântico
ide+	36	42	20	48%	Ideais (3) ideal (5) ideia (5) ideias (7)
mercado	35	14	10	71%	Mercado (11)
imp+	34	10	8	80%	Impasse (1) impasses (6) impor (1)
avanc+	34	43	20	47%	Avança (3) avançamos (1) avançando (1) avançar (4) avanço (12)
espaco+	34	64	26	41%	Espaço (24) espaços (5)
tecnolog+	34	64	26	41%	Tecnologia (9) tecnologias (4) tecnológica (2) tecnológicas (2) tecnológico (8)
contextu+	34	6	6	100%	Contextuais (4) contextual (2)
transformações	34	12	9	75%	Transformações (9)

As formas reduzidas das palavras plenas que apresentam os maiores x² (50%) e as frequências a eles associadas tiveram maior poder de associação estatística à classe 1. Foram estas: constru+; cultur+; valores; profiss+; capaz+; discurso+; crenca+; signific+; fenomeno+; social+; ação; ideolog+; busc+ e mundo. Neste caso, os conteúdos das u. c. e. definiram o contexto semântico das formas reduzidas de palavras plenas desta classe. Por outro lado, as formas reduzidas process+(117); conheci+ (98); profissional+(86); profiss+ (72); constru+ (57) contexto+(50) e situac+ (49) foram as formas que apresentaram as maiores frequências de aparecimento na classe 1. Observa-se no Quadro 14 que, dentre o quantitativo de variáveis e 71 formas reduzidas, foram selecionadas as palavras e variáveis mais significativas da classe após o corte gerado pelo Alceste, com o x² igual ou superior a 89, conforme apresentado a seguir:

Quadro 15. Palavras e variáveis mais significativas da classe 1. Rio de Janeiro, 2015

Variáveis	x ²	Total	Porcentagem
*signif_pe	297	222	39%
*tex74_art_pesq	209	50	79%
constru+	189	57	68%
*tex53_art_pesq	172	44	76%
cultur+	152	37	79%
*tex08_art_rel_exp	146	35	80%
*uff	145	139	36%
engenharia	119	22	96%
valores	115	33	70%
profiss+	111	72	44%
*tex15_art_pesq	109	34	67%
capaz+	104	33	66%
*bras_rj	98	236	25%
discurso+	97	25	76%
*tex16_art_pesq	97	34	62%
crenca+	95	22	81%
fenomeno+	93	40	55%
signific+	93	45	51%
social+	90	30	64%
acao	89	42	52%
ideolog+	89	18	90%

Das variáveis identificadas como mais significativas, o tema *significado do processo*, foi o mais representativo, com x² 297, fato que também pode ser destacado em relação à variável

de identificação e caracterização associada à classe 1, quadro 13, onde observa-se que nos cinco temas selecionados no corpus, são atribuídos os maiores valores, como: 323 χ^2 , 604 de frequência no corpus, 239 de frequência na classe, com um percentual total de 83% conforme observado no quadro 15.

Em relação à variável número e tipo de estudo, os textos de pesquisa 74, 53, 08 e 15 foram destacados como mais significativos para a formação da classe, com χ^2 acima de 100, apresentando similaridade entre eles no que diz respeito ao tema abordado. Os quatro textos selecionados como mais significativos desta classe discorrem sobre as mudanças ocorridas nos últimos séculos, nos quais as transformações na sociedade, de um modo geral, levaram a Enfermagem a um patamar mais elevado enquanto profissão, resultando de importantes mudanças nas suas relações sociais e políticas, saindo do antigo modelo tecnicista para um novo campo tecnológico, epistemológico e metodológico. Destes campos, os mais bem estabelecidos atualmente são o tecnológico e metodológico. O campo epistemológico ainda vem sendo estudado e elaborado, estando, ainda, em constituição. Estas novas propostas fizeram com que a Enfermagem desenvolvesse novas estratégias para lidar com esse saber, ou seja, buscar respostas reflexivas e criativas para vencer os desafios. Os profissionais passaram a buscar as adequações necessárias para garantir sua conquista nesse novo saber e um espaço definitivo e mais significativo no campo da assistência e da ciência do cuidar.

Assim os grupos de formas reduzidas de palavras plenas selecionados para este bloco temático possuem um grau de associação, ou seja, as coocorrências entre elas reúnem uma ideia ou um sentido, caracterizando os grupos de palavras associadas entre si, demonstrando a formação dos núcleos temáticos ou temas a serem analisados. Isso permitiu compreender melhor a composição das duas classes deste terceiro bloco temático e a ligação das palavras selecionadas no seu contexto semântico, tais como: *realidade, profissional, vista, conhecimento; desafio, desenvolvimento, procura; sociedade, transformações, campo, sociais e tecnológicos*, conforme identificado na CHA na figura 9 e no Quadro 16, a seguir.

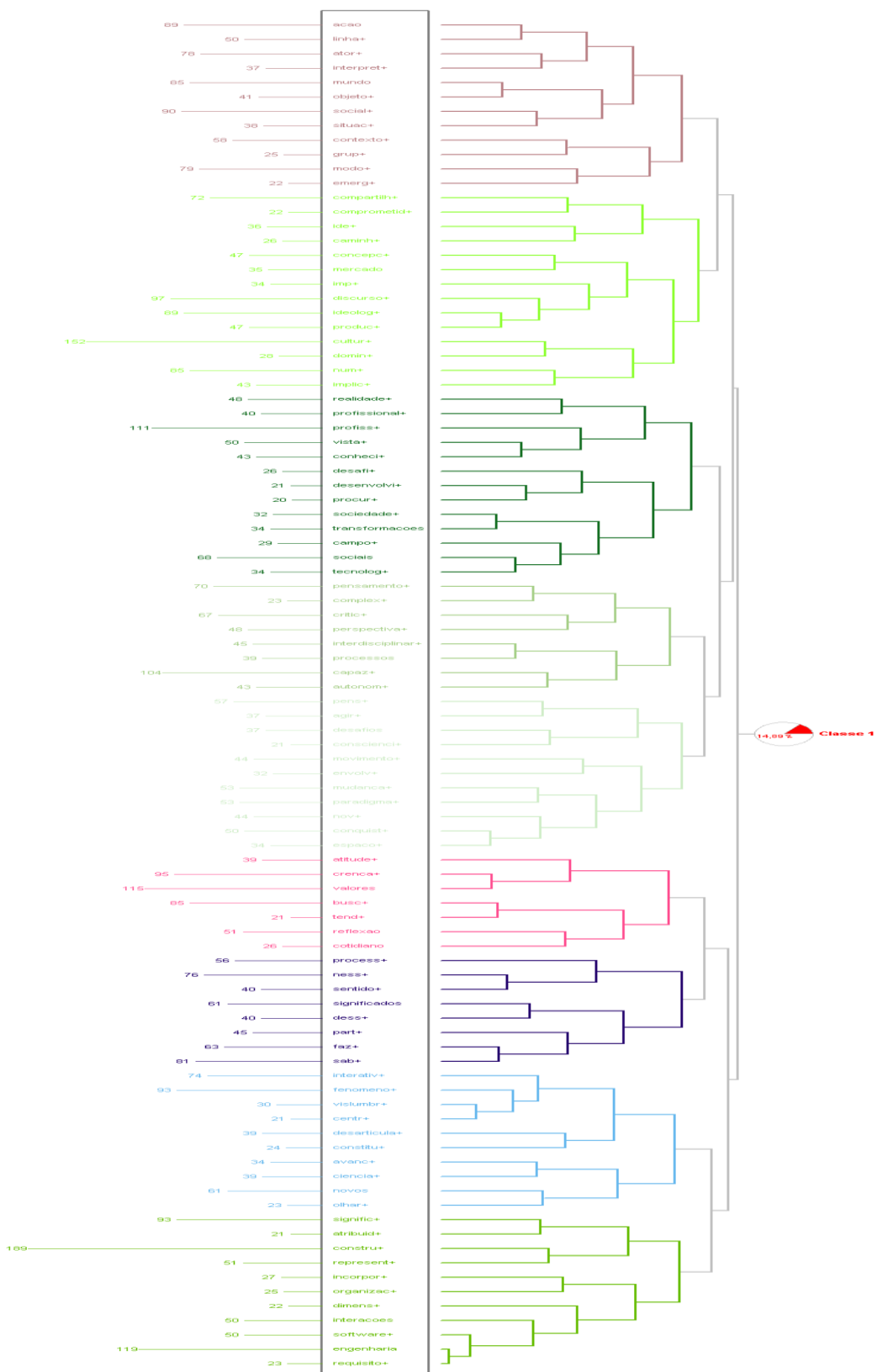


FIGURA 9. CLASSIFICAÇÃO ASCENDENTE HIERÁRQUICA (CHA) DA CLASSE 1. RIO DE JANEIRO. 2015.

QUADRO 16. Vocábulos de maior representatividade quanto ao PE e a SAE nos contextos sociocultural e assistencial: dimensões teóricas, práticas e sociais. Classe 1. Rio de Janeiro, 2015

CLASSE 1. CONTEXTO PROFISSIONAL E ASSISTENCIAL DA SAE E DO PE	
GRUPO TEMÁTICO VI. CONTEXTO SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DO SABER NA ENFERMAGEM	
Subtema: Mudança nos paradigmas da profissão Enfermagem	Pensamento complexo, crítico, perspectiva, interdisciplinar, processos, capaz, autonomia, mudança, paradigma, novo, conquista, espaço.
Subtema: Transformações e desafios da profissão	Realidade, profissional, profissão, vista, conhecimento, desafio, desenvolvimento, procura.
	Sociedade, transformação, campo, sociais, tecnologias, Avanço, ciência, novo olhar.
	Intervenção, software, engenharia, requisito.
GRUPO TEMÁTICO VII. CONTEXTO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DO ENFERMEIRO	
Subtema: Significado cultural das práticas assistenciais do enfermeiro	Atitudes, crenças, valores, busca, tendências, reflexão, cotidiano, Cultura, domínio, numa, implicação, importante, discurso, ideologia, produção.
	Ação, linha, ator, interpretação, mundo, objeto, social, situação, contexto, grupo, modo, emergente.
	Significado, atribuição, construção, representação, incorporação, organização, dimensão Interatividade, fenômeno, vislumbrar, centralizar, desarticula, constitui.
GRUPO TEMÁTICO VIII. DIMENSÕES DO PE E DA SAE NA ENFERMAGEM	
Subtema: Construção do fazer / saber Enfermagem	Realidade, pensamento, complexo, crítico. Perspectiva. Interdisciplinar, processos, capaz, autonomia, pensamento, agir, desafios, participação, fazer, saber.
Subtema: Impacto social da Enfermagem	Necessidade, sentido, significados, desse, Compartilhar, comprometido, identificar, caminho, concepção, mercado, importante, consciência, envolvimento, movimento.

Considerando a introdução da análise de conteúdo em todas as classes identificadas pelo Alceste, a classe 1 “Contexto profissional e assistencial da SAE e do PE” foi dividida em três grupos temáticos representados pelo sentido e significado de suas u.c.e. Dessa forma, os conteúdos das u.c.e. da classe 1 foram agrupadas em três grupos, a saber: Grupo temático VI. Contexto social e a construção do saber na Enfermagem PE, Grupo temático VII. Contexto das práticas assistenciais do enfermeiro e Grupo temático VIII. Dimensões do PE e da SAE na Enfermagem.

Para fins de análise desta classe, suas 180 u. c. e. distribuídas nos três grupos temáticos foram consideradas e, a partir daí um número representativo para cobrir o conteúdo de todas u. c. e. foi adotado de modo ilustrativo para cada grupo temático. Assim, cada grupo temático apresenta as u.c.e. representativas de todo conteúdo de suas temáticas e algumas palavras significativas que fizeram parte do contexto semântico da classe. Neste sentido, os grupos temáticos são apresentados, a seguir.

3.5.1.1 GRUPO TEMÁTICO VI. CONTEXTO SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DO SABER NA ENFERMAGEM

A necessidade de conhecer e produzir seu próprio conhecimento levou a Enfermagem, especialmente a norte-americana, a investir tempo e esforços no desenvolvimento de teorias, modelos e marcos conceitual da profissão para direcionar sua prática profissional e estabelecer as bases de seu conhecimento (GEORGE, 2000).

A práxis da Enfermagem aponta o consenso de que os fenômenos e os conceitos centrais da enfermagem são o ser humano, o ambiente, a saúde e a própria Enfermagem. Diante dessa realidade, conceitos, modelos e teorias específicos de Enfermagem devem ser trabalhados de forma organizada e estruturada, pois constituem importante ferramenta para a aplicação prática, seja no ensino, na pesquisa ou na assistência (BRAGA; SILVA, 2011).

Neste sentido, a incorporação da sistematização da assistência no cotidiano da Enfermagem proporcionou à enfermeira um olhar problematizador, reflexivo e crítico sobre o seu fazer, obrigando-o a desenvolver estratégias criativas e inovadoras de mobilização profissional. Esta maneira de pensar o cotidiano assistencial lhe permitiu uma participação mais efetiva e ativa na construção e promoção de saberes e fazeres criativos, dinâmicos e inovadores na Enfermagem. As palavras mais significativas que compuseram este grupo temático foram: tendência, reflexão, mudança, paradigma, agir, desafios, desenvolvimento, ação, novo, contexto, crítico, criativo, interdisciplinar. Elas se destacam nas u. c. e., a seguir:

*A prática **reflexiva** habilita o **profissional** a remodelar seus raciocínios seus julgamentos e suas **ações** enquanto estão sendo realizados. É um **modo** de **pensar** e de **agir** dinâmico, em espiral ascendente e recorrente que leva a **mudança** na prática. Essa é uma **ciência**, uma arte e uma ética, cujo **desenvolvimento** permitiu nutrir e promover o **conhecimento** no âmbito da enfermagem. (u. c. e.: 4216, Classe: 1, Khi²: 25, texto 64).*

*[O profissional de enfermagem] representa um importante elemento articulador e mobilizador de **processos** de melhoria no **contexto interdisciplinar** da saúde. Assim, o trabalho buscou não só apontar e **criticar** a prática dos enfermeiros, mas, sobretudo, problematizar a **prática** assistencial através de um movimento dinâmico de **construção** e reconstrução de **saberes**. [no intuito de desencadear uma proposta de **mudança** de **paradigmas** para a conquista de um **novo** espaço na área da Enfermagem] (u. c. e.: 642, Classe: 1, Khi²: 39, texto 8).*

*A **construção** do processo da sistematização da assistência até o presente momento reapresentou, além da **conquista** de conhecimento específico na área, um importante **desafio** gerencial, principalmente no que tange ao **desenvolvimento** de **estratégias criativas** e inovadoras **capazes** de mobilizar os profissionais envolvidos no **processo**, para a **conquista** de um **novo saber** e ou espaço no campo da assistência (u. c. e.: 637, Classe: 1, Khi²: 39, texto 8).*

Nessa perspectiva, as teorias podem ser entendidas como formas de representação da realidade e definidas como um conjunto de proposições (relações entre conceitos) utilizadas para descrever, explicar e prever parte de uma realidade. Elas consistem na organização de algum fenômeno, por meio do qual se evidenciam os componentes e as características que lhes

conferem identidade (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005), conforme destacam as palavras: *conhecimento, profissional, profissão, construção, organização e ciência* e as u. c. e. apresentadas a seguir:

*A busca por um corpo de **conhecimentos** específicos para a **profissão** com **vista** a conferir a Enfermagem à condição de **ciência** trilha desde os tempos de Florence Nightingale e até a atualidade continua o movimento [pela **construção** e incorporação de teorias na sua prática **profissional**.] (u. c. e.: 6755, Classe: 1, Khi²: 17, texto 101).*

*O **desenvolvimento** teórico ocorrido nesse período deu-se, em grande parte, graças a busca pela **construção** de um conjunto de **conhecimentos** próprios, de forma **organizada**, o que resultou na **criação** e **desenvolvimento** das **teorias de enfermagem** (u. c. e.: 4449, Classe: 1, Khi²: 24, texto 68).*

As teorias têm sido um passo fundamental em direção à compreensão da Enfermagem como práxis, como ação aprofundada pela reflexão, carregada de sentidos, projetada, consciente e transformadora da natureza do homem e da sociedade (RAIMONDO et al., 2012). Este novo olhar para as teorias e a busca por conhecimento científico próprio como forma de fortalecer a profissão é compartilhada pelas palavras *avanço, busca, modo, novo, mundo* e por algumas u. c. e. apresentadas a seguir:

*O **avanço** técnico e **científico** dos tempos pós-modernos faz-se acompanhar da emergência de **novos desafios** e debates nos campos **epistemológicos** e ontológicos das **ciências**, permitindo, assim, **reflexões** acerca de outras formas de apreender a **realidade**, que se mostra **complexa** (u.c.e.: 3425. Classe: 1. Khi²: 30; texto 53).*

*Todas as áreas de atuação **profissional** têm **buscado construir** um **conjunto** de **conhecimentos** próprios de forma **organizada**. Na enfermagem, a **busca** dessa **especificidade** resultou na **criação** das **teorias** que devem fundamentar a prática do enfermeiro. (u.c.e.: 3847, Classe: 1, Khi²: 17, texto 59).*

*Desde a década de cinquenta observa-se uma tendência crescente na **profissão** pela **busca** de procedimentos, **novos métodos** de **organização** e planejamento dos serviços de enfermagem que sejam mais eficientes e se traduzam numa assistência de enfermagem [mais qualificada.] (u.c.e.: 2049, Classe: 1, Khi²: 12, texto 31).*

*Nos anos setenta houve uma preocupação dos enfermeiros com o **desenvolvimento** de **teorias de enfermagem**, como um meio de estabelecer a enfermagem como **profissão**. Dentro desse corpo de **conhecimentos**, baseado em **teorias de enfermagem**, surge o processo de enfermagem, sendo uma representação do mecanismo por meio do qual esses **conhecimentos** são aplicados na prática **profissional** (u.c.e.: 384, Classe: 1, Khi²: 21, texto 5).*

*As teorias são um **conjunto** de informações sobre a **realidade** obtida por uma construção mental, podendo ser resultado das observações sistematizadas e experiências em torno de **fenômenos** da **realidade** do **mundo**. As teorias de enfermagem se fundamentam no cuidado, na **busca** pela tentativa de amenizar os prejuízos do processo de doença. (u.c. e.: 889, Classe: 1, Khi²: 15, texto 12).*

Neste contexto, destaca-se o elemento “método”, o caminho pelo qual o enfermeiro define como será o cuidado para o indivíduo. O que possibilita a esta profissional dispor de duas

ferramentas essenciais regulamentadas pela Resolução COFEn n.º 358 / 2009 (Brasil, 2009), que contribuem para a organização do cuidado: a SAE e o PE. Estas duas ferramentas possibilitam identificar, compreender, descrever, e prever as necessidades do ser cuidado. A SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE, que consiste em instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional (BRASIL, 2009) como destacam as palavras *autonomia, capaz, métodos, metodologia, interdisciplinar, importante, conquista*, e como mostram as seguintes u.c.e.:

*A sistematização da assistência enquanto **processo** organizacional é **capaz** de oferecer subsídios para o **desenvolvimento** de **métodos, metodologia interdisciplinar** e cuidados humanizados. As **metodologias** de cuidado, sejam quais forem as suas denominações, representam, atualmente, uma das mais **importantes conquistas** no campo assistencial da enfermagem (u.c.e.: 2167, Classe: 1, Khi^2 : 17, texto 32).*

*A enfermagem ao longo de sua história como **profissão** vem acompanhando as **transformações** ocorridas na sociedade. Isso tem exigido dos profissionais **reflexões** sobre o **processo** de cuidar do cliente objetivando um cuidado que expresse um **fazer de modo** individualizado e **metodologicamente** sistematizado (u.c. e.: 2950, Classe: 1, Khi^2 : 13, texto 44).*

*[... A SAE pode ser compreendida como uma **metodologia** de trabalho emancipatória (...)] Ao ser articulada técnica, política e eticamente possibilita aos indivíduos **pensar, refletir e agir**, ao se tomarem sujeitos do seu **processo** existencial numa **perspectiva** de exercício de consciência **crítica** e de cidadania. Ele tem como condição a **possibilidade** de experimentar liberdade, **autonomia, integridade e estética**. [na tentativa de **buscar** qualidade de vida por meio de seu trabalho.] (u. c. e.: 2216, Classe: 1, Khi^2 : 31, texto33).*

O PE está organizado geralmente em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, quais sejam: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação de cuidados e avaliação de enfermagem (WALDRIGUES *et al.*, 2014). Mas, dependendo do referencial escolhido, estas etapas podem ser diferentes quanto ao número e nomes, mas, em todos os modelos a etapa do diagnóstico de enfermagem é essencial para garantir o planejamento, a intervenção e avaliação da assistência prestada.

Entretanto, vale ressaltar que, quando o PE é operacionalizado, o enfermeiro deve ser capaz de implementar suas etapas de forma competente e sistematizada, e, para isto, deve ter habilidades específicas para desempenhar estas ações, como figuram as palavras *ação, processo, ideia, reflexão, conjunto*, mostradas pelas u. c. e., a seguir:

Quando se cuida de forma sistematizada, a **ação** está pautada em um **processo**, num conjunto de atividades que requerem do **profissional raciocínio, reflexão** objetiva e, também, subjetiva, porque se trata de cuidado de enfermagem. (u. c. e.: 4040, Classe: 1, Khi²: 26, texto 62).

(...) As **ações** de enfermagem e intervenções de enfermagem têm como base o diagnóstico de enfermagem, para **alcançar** os resultados esperados, decorrentes da **ação** ou da intervenção de enfermagem. Para aplicação do processo de enfermagem é necessário um **conjunto** de operações cognitivas, formação de **ideias**, juízos e **raciocínios**, habilidades psicomotoras e afetivas, **sentimentos** de **valores** e **crenças**, [além de outras competências profissionais como habilidades interpessoais.] (u. c. e.: 3349, Classe: 1, Khi²: 13, texto 51).

O modelo de diagnóstico de enfermagem, quando utilizado, é biomédico e **busca** principalmente **identificar** a existência de sinais indesejáveis. Enquanto parte de um **processo** artesanal, a utilização do diagnóstico de enfermagem propicia tanto o **desenvolvimento** da habilidade intelectual dirigida para um **fazer reflexivo**, intencional, quanto do **conjunto** de **conhecimentos** de determinada **profissão** (u.c.e.: 5354, Classe: 1, Khi²: 19, texto 79).

Pode-se, além disso, destacar nas u. c. e. desta classe que, a maioria dos profissionais de enfermagem compreendem que a SAE e o uso do PE são essenciais para o desenvolvimento da profissão, garantindo uma prática mais segura e eficaz. Porém, ambos não foram incorporados no fazer dos profissionais da Enfermagem. Os exemplos das palavras significativas *necessidade, necessário, saber, saberes, fazer, tecnologia, cultura* e as u. c. e. a seguir mostram esta falta de incorporação:

[(...) Embora conhecedores da **necessidade** da sistematização da assistência de enfermagem, ainda não a operacionalizaram, o que nos permite considerar que alguns **profissionais** ainda sustentam o seu **saber** -] **fazer** no modelo biomédico, que prevalece ainda nos dias **atuais** sendo utilizado por muitas instituições. Cabe enfatizar que as **tendências** de informatizar a sistematização da assistência agregam **tecnologia** e **saberes**, bem como a qualificação do **saber** - **fazer** do enfermeiro, o que se desvela em um **desafio** para **realidade** investigada (u. c. e.: 2874, Classe: 1, Khi²: 13, texto 42).

[Embora o processo de enfermagem seja uma prática difundida em todo o **mundo** e o Conselho Internacional de Enfermeiros recomende potencializar as classificações internacionais da prática da Enfermagem, ainda é **necessária**] uma **mudança cultural**, que **envolve**, entre outras coisas, o intercâmbio entre os professores e os **profissionais** de enfermagem. Em países como a Bolívia, a enfermagem esta intimamente ligada às condições religiosas e questões socioeconômicas, pois é ainda considerada como **profissão** de mulheres; que carece documentar a prática de enfermagem, avaliar e **avancar** através da pesquisa (u. c. e.: 5688, Classe: 1, Khi²: 13, texto 84).

Alguns **autores** relatam [que] a enfermagem como **profissão** tem enfrentando [um] grande **desafio** na **construção** e **organização** do **conhecimento**. Em outras **palavras**, o **desenvolvimento** de suas bases teóricas e de seu **processo** de trabalho, [através de uma ferramenta de cuidado metodológico e sistemática, que é o processo de enfermagem] (u. c. e.: 716, Classe: 1, Khi²: 13, texto 10).

A sistematização da assistência de enfermagem é um dever no cotidiano hospitalar. Embora **necessária**, é ainda compreendida como apenas uma possibilidade que poderá **organizar** o **fazer profissional**, pois não é uma **realidade** efetivada no

cotidiano, [já que todos os participantes do estudo não visualizam a sua operacionalização] (u. c. e.: 2839, Classe: 1, Khi²: 15, texto 42).

Uma das principais dificuldades para a operacionalização do PE ocorre devido à desarticulação e/ou dicotomia entre a teoria - o que foi ensinado durante a formação profissional, e a prática - o que se faz na prática profissional, o que pode ser confirmado pelas palavras destacadas como mais significativas, ou seja, *desarticulação e complexidade* e o conteúdo das seguintes u. c. e.:

*[Esse fenômeno de **desarticulação** entre o **saber**, o **fazer** e o **legislar** pode ser encarado como um **reflexo** do que caracteriza a pós-modernidade, ou seja, a incerteza, a permanência da heterogeneidade, a percepção do conflito], da desordem e de **possibilidades de nova organização** em constante **busca** de equilíbrio, características da **complexidade**, por vezes pouco perceptíveis pelos **atores sociais** que **constituem** o sistema de enfermagem e de saúde (u. c. e.: 3460, Classe: 1, Khi²: 15, texto 53).*

*(...) O surgimento do fenômeno de **desarticulação** entre o **saber**, o **fazer** e o **legislar** em enfermagem, se fez acompanhar da categoria promovendo a aproximação diálogo entre o **saber**, o **fazer** e o **legislar**, colocada como estratégia ou caminho para **mudar a realidade**, sinalizando para a sistematização da assistência como uma forma de **organização** do cuidado, [bastante acreditada no **discurso** da enfermagem, mas que precisa ser atualizada, adequada à filosofia da **instituição**, pensada a partir da inclusão de outras **profissões, disciplinas**, sistemas e ciente da **complexidade** de suas inter-relações] (u. c. e.: 3490, Classe: 1, Khi²: 15, texto 53).*

Para Gonçalves et al (2007) a maioria de seus egressos não desenvolve a SAE na prática profissional cotidiana em instituições de saúde públicas e ou privadas. Essa realidade mostra a desarticulação entre ensino e prática assistencial e o baixo impacto da academia para a transformação dos serviços de saúde na prestação da assistência. Assim, na busca de alternativas para conciliar os valores profissionais às necessidades dos discentes de enfermagem e à realidade dos serviços de saúde, nos quais a prática de enfermagem se apresentava fragmentada e descontínua, comprometendo a qualidade da assistência e do ensino.

*O presente tema sinaliza para a contradição e a **desarticulação** entre o **saber** e o **fazer** e o **legislar** da enfermagem e se **coloca** como um paradoxo entre o **conhecimento** do senso comum, carregado de componentes **culturais** e, o **conhecimento científico** de natureza teórica. (u. c. e.: 3442, Classe: 1, Khi²: 17, texto 53).*

*[A discrepância existente entre o valor observado, prática, e o valor esperado, teoria fizeram-nos considerar que o **discurso** sobre a **metodologia** de enfermagem, enquanto instrumento da nossa produção **profissional**] tem **contribuído** para a dissimulação da **realidade**, constituindo-se, portanto, num **discurso ideológico** (u. c. e.: 5368, Classe: 1, Khi²: 39, texto 79).*

Uma das maneiras de amenizar este hiato entre teoria e prática e a ideologia implicada encontra-se no processo de formação. As instituições de ensino devem ficar atentas à

necessidade de futuros enfermeiros terem à mão uma bagagem de conhecimentos organizados em redes de ideias conceituais de modelos teóricos.

Sobre os conhecimentos teóricos também se fundamenta a prática assistencial que transmite estruturas teóricas, associações básicas, descrições de conceitos e a interação com relação à natureza do meio que a rodeia. As palavras mais representativas foram: *social, sociedade, inserção, movimento, visão, consciência* e as u. c. e. apresentadas a seguir ilustram esta posição:

*(...) Foram **desenvolvidas** estratégias de ensino e de prática para instrumentalizar o uso do processo de enfermagem nos currículos dos cursos de graduação e nas **instituições** de saúde, com **vistas** a sua **incorporação** como **metodologia** da assistência de direcionada ao cuidado, e, também, viabilizar sua **inserção** no **movimento** de **construção** da atenção a saúde como um bem **social** e **coletivo** (u. c. e.: 3659, Classe: 1, Khi²: 15, texto 56).*

*[(...) Após algumas tentativas de insucesso, foi necessário avaliar, reavaliar a dinâmica e a **metodologia** no **desenvolvimento** do processo (...)]. Identificamos **desse modo**, a **necessidade** de **desenvolver** uma **metodologia** mais **participativa** e comprometedora, **capaz** de provocar uma autoanálise e **consciência crítica**, no **sentido** de sensibilizar os profissionais para a **conquista** de um **novo espaço** nos serviços de enfermagem (u. c. e.: 612, Classe: 1, Khi²: 25, texto 8).*

*[Apesar dos esforços, a sistematização da assistência de enfermagem, da forma como vem sendo aplicada até hoje, ainda tem como pressuposto o enfermeiro determinando o sistema de cuidados em saúde, a partir da sua **visão de mundo**], de **sociedade** e de ser humano. É **preciso**, todavia, que as **escolhas** do que **fazer** e como **fazer** sejam discutidas e negociadas com a equipe de saúde e com o próprio paciente, como um ser **pensante**, dotado de **consciência** e **autonomia** (u. c. e.: 1161, Classe: 1, Khi²: 21, texto 15).*

Neste aspecto, de acordo com Alfaro - Lefevre (2010), para que os recém-graduados trabalhem com segurança com a SAE, é necessário que sejam capazes de: identificar dados essenciais indicativos de uma mudança significativa no estado de saúde do paciente; diferenciar entre problemas que necessitem de uma mudança imediata daqueles que requerem ação subsequente; iniciar ações independentes e colaboradoras para corrigir ou avaliar as estratégias, para desenvolver atividades que auxiliem os passos do processo diagnóstico, o qual envolve quatro etapas: processamento de dados, formulação da declaração do diagnóstico, confirmação e documentação. As palavras significativas foram: *ator, atitude, atuação, atuar, intelectuais, crenças, valores, busca, partes, aprofundar, contexto e complexo*. Os conteúdos existentes nas u. c. e. a seguir, exemplificam esta posição:

*[O ensino do processo de enfermagem se beneficia do enfermeiro que adota o PE na prática.] Neste sentido, o homem como um **ator** transformador do seu ambiente **precisa** da educação para entender a si mesmo, seus poderes intelectuais, morais e físicos, e com sucesso [ao] **enfrentar** os **desafios** que vão **surgir** em diferentes circunstâncias da sua **vida** (u. c. e.: 789, Classe: 1, Khi²: 26, tese 10).*

*Outros fazem parte do próprio **cotidiano desses** profissionais como suas **atitudes** suas **crenças**, seus **valores**, suas habilidades técnicas e **intelectuais**, para os quais muitas vezes se **busca** explicação para as deficiências do ensino formal e na sua relação com a prática (u. c. e.: 1788, Classe: 1, Khi²: 19, texto 27).*

*O **profissional** imbuído nesse **processo** necessita, entretanto, ampliar e **aprofundar**, continuamente, os **saberes** específicos de sua área de **atuação**, sem esquecer o enfoque **interdisciplinar** e ou multidimensional (u. c. e.: 3488, Classe: 1, Khi²: 25, texto 53).*

*Talvez seja esse o caminho (...), a substituição do conhecimento fragmentado por um **conhecimento** capaz de apreender os **objetos** em seu **contexto**, em sua **complexidade** e em seu conjunto; a urgência em ensinar os **métodos** que permitam estabelecer as relações **múltiplas** e as influências recíprocas entre as **partes** e o todo em um **mundo complexo** (u. c. e.: 3474, Classe: 1, Khi²: 35, texto 53).*

Este grupo temático discorre sobre o contexto social e a prática assistencial da Enfermagem, no qual alguns aspectos inerentes as estas práticas são abordadas. Um deles se depara com inúmeras particularidades do pensar, saber e agir na Enfermagem. É através do pensamento crítico e julgamento clínico que o enfermeiro vai nortear o cuidado que será prestado ao paciente, família e comunidade, por isso suas ações devem ser intencionais por meio de intervenções efetivas, visando garantir resultados satisfatórios no seu atendimento.

A enfermeira, reconhecida como uma profissional do cuidado necessita de conhecimentos científicos, habilidades técnicas, atitude, postura ética, intuição, interação, sensibilidade, entre outros aspectos, para uma atuação adequada. Ao longo dos anos as transformações políticas, sociais, culturais e econômicas foram influenciando a sociedade e os profissionais do cuidado como um todo. Desde então, o reconhecimento social vem sendo uma preocupação constante dos profissionais da Enfermagem, pois é através dele que se consolida a profissão, se garante a autonomia e visibilidade, bem como a identidade da profissão (PIRES, 2009).

Estes desafios e conquistas do ponto de vista da construção e conquista de conhecimento específico para a área, até o presente momento, representou desenvolvimento de estratégias criativas e inovadoras capazes de mobilizar os profissionais envolvidos no processo, para a conquista de um novo saber e/ou espaço no campo da assistência, bem como avanços teóricos. Neste sentido, as mudanças no paradigma do cuidado levaram à necessidade de um cuidado fundamentado cientificamente, com suporte teórico e científico, o que tem favorecido nas instituições de ensino e de saúde a implantação e implementação do PE. O que torna possível o efetivo registro da prática profissional, contribuindo para a práxis da Enfermagem.

3.5.1.2 GRUPO TEMÁTICO VII. CONTEXTO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DO ENFERMEIRO

O advento das teorias é compreendido como uma preocupação dos profissionais de enfermagem em imprimir orientação teórica que possibilite a sistematização da prática e o desenvolvimento de atividades apoiadas em processos científicos, que lhes permita refletir e avaliar suas ações, de modo a aprimorar sua prática. Observa-se que a elaboração de teorias reflete a necessidade de os profissionais comporem um corpo de conhecimentos específicos da profissão, a fim de que a Enfermagem possa ser reconhecida como ciência (RAIMONDO et al., 2012).

Nessa perspectiva, nas instituições de saúde, a SAE colabora com a definição do papel do enfermeiro, pois, com base na sistematização, ela aplica seus conhecimentos técnico-científicos durante sua assistência ao paciente e caracteriza sua prática profissional. (SPERANDIO; ÉVORA, 2005). Portanto, na prática assistencial torna-se necessário instrumentalizar o enfermeiro para que ele possa avaliar a qualidade da assistência de enfermagem por meio de indicadores, que são obtidos a partir da implementação do PE.

Para Tannure e Gonçalves (2011) o PE é um método utilizado para se implantar, na prática profissional, uma teoria de enfermagem, podendo ser empregado como metodologia assistencial pelo enfermeiro no planejamento e implementação dos cuidados de enfermagem. Permite a identificação das situações de saúde e doença, fundamentando as ações do cuidado de enfermagem referentes à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade, o que fortalece a autonomia profissional.

Neste sentido, as palavras selecionadas como mais significativas que reforçam este contexto foram: *importantes, conquistas, atuação, interdisciplinar* e as u. c. e. a seguir apontam para esta questão:

*(...) Ao longo dos anos, o **desenvolvimento** de conceitos e **teorias** que passaram a nortear a sua prática, favorecendo, também, a construção de uma **identidade profissional** do enfermeiro e da **conquista** do campo de domínio da **profissão**. Vale ressaltar que as **teorias** de enfermagem oferecem uma **importante** estrutura e **organização** ao **conhecimento** de enfermagem; proporcionam coleta sistemática de informação para se descrever, explicar e **prever** a **atuação profissional**; [determinam a finalidade da prática, metas e resultados e promovem um cuidado menos fragmentado]. (u. c. e.: 2884, Classe: 1, Khi²: 16, texto 43).*

*[As **metodologias** de cuidado, sejam quais forem as suas denominações, representam, atualmente], uma das mais **importantes conquistas** no campo assistencial da enfermagem. O profissional imbuído **nesse processo** necessita, entretanto, ampliar e **aprofundar**, continuamente, os **saberes** específicos de sua área de **atuação**, sem esquecer o **enfoque interdisciplinar** e o **enfoque multidimensional** (u. c. e.: 2168, Classe: 1, Khi²: 27, texto 32).*

Segundo Hoffelder e Vicensi (2014), no cotidiano laboral, a SAE apresenta-se como um valioso instrumento para consolidação do processo de cuidar, pois ampara o exercício

profissional e garante a visibilidade ao trabalho da equipe. Ela ainda permite a organização e a implementação do PE, garante uma assistência fundamentada nos princípios éticos e sociais que regulamentam a profissão, principalmente, no que se refere à segurança dos pacientes e o impacto de suas ações na prática profissional, ampliando sua responsabilidade social. Estes aspectos são destacados nas palavras: *social, ações, modo, desenvolvimento, âmbito, enfermagem e profissional*, e nas u. c. e apresentadas a seguir:

*[O processo de **enfermagem** significa pra mim a **profissão, o que eu sou**, o que eu **faço** (...); é como se o processo fosse o que eu tenho que seguir, o que eu tenho que fazer pelos meus pacientes] A **expressão** de sentimento de orgulho, **construída** no **processo** de interação **social**, faz parte da experiência **desse** enfermeiro que vivencia o **cotidiano** da unidade de terapia intensiva (u. c. e.: 1246, Classe: 1, Khi²: 30, texto 16).*

*A prática reflexiva habilita o **profissional** a remodelar seus **raciocínios**, seus julgamentos e suas **ações** enquanto estão sendo realizados. É um **modo** de **pensar e de agir** dinâmico, em espiral ascendente e recorrente **que leva a mudança na prática**. Essa é uma **ciência**, uma arte e uma ética, cujo **desenvolvimento** deve nutrir e promover no **âmbito da enfermagem** (u. c. e.: 4216, Classe: 1, Khi²: 25, texto 64).*

A prática de enfermagem requer uma metodologia que possibilite o acesso ao pensamento crítico para a descrição e a caracterização de julgamentos clínicos, que subsidiem o alcance dos resultados de enfermagem por meio da tomada de decisão (SANTOS et al., 2008). Como parte da SAE, o PE destaca-se como uma tecnologia do cuidado que orienta a sequência do raciocínio lógico e melhora a qualidade do cuidado por meio da sistematização avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e dos resultados de enfermagem (MEIER, 2004). As palavras destacadas pelo programa como significativas para este contexto foram: *pensamento, pensar, reflexão, significa, significados e complexos* e as u. c. e. a seguir mostram estes conteúdos:

*As **novas** demandas gerenciais e assistenciais, com **ênfase** nos **processos** de melhoria **contínua**, e, em consonância com as necessidades **atuais** dos clientes, as rápidas evoluções **tecnológicas** e as **transformações sociais**, portanto, **colocam** os trabalhadores, [de modo geral, face ao imperativo de flexibilidade, inovação e criatividade, maior produtividade e qualidade do produto dos serviços, de humanização da assistência e aumento da qualidade de vida do trabalhador, entre outros, a fim de garantir o espaço profissional com responsabilidade social] (u. c. e.: 597, Classe: 1, Khi²: 15, texto 8).*

*[O conteúdo do **pensamento**, sua **complexidade** no **raciocínio** e julgamento clínico sobre as respostas humanas, como no **raciocínio** e julgamento terapêutico sobre cuidados necessários à clientela] **reflete** os **valores** da **profissão** e o **conhecimento** que tem sido desenvolvido e acumulado em mais de cem anos de prática **profissional** em vários campos de **atuação** ensino, assistência, gerenciamento e pesquisa em enfermagem (u. c. e.: 4211, Classe: 1, Khi²: 25, texto 64).*

*Quando se cuida de forma sistematizada, a **ação** está **pautada** em um **processo**, num **conjunto** de atividades que requerem do profissional, **raciocínio**, **reflexão** objetiva e, também, **subjéctiva**, porque se trata de cuidado de enfermagem (u. c. e.: 4040, Classe: 1, Khi²: 26, texto 62).*

*[O raciocínio clínico é conceituado como um processo de **pensamento** que guia a - prática (...).] Divide-se em raciocínio processual, que **significa** o como **fazer**; raciocínio interativo, que **focaliza** o cliente como pessoa e com suas **perspectivas** individuais, e o raciocínio condicional, que envolve um **processo** multidimensional **complexo** de formas de **pensar** e requer experiência (u. c. e.: 3323, Classe: 1, Khi²: 21, texto 50).*

A SAE é compreendida como uma metodologia de trabalho derivada do método científico. Ela se desenvolve por meio de uma maneira de cuidar, assistir e atender valorizando a Enfermagem, melhorando a qualidade da assistência prestada e contribuindo para o aprendizado, por se apoiar em marcos teóricos e filosóficos que necessitam ser estudados e discutidos durante todo o processo de assistência de enfermagem (TANNURE; PINHEIRO, 2011). Assim, as u. c. e. e as palavras *sentido, dimensão, envolvimento e comprometido* apresentadas a seguir ressaltam estes aspectos:

*[Pois, a metodologia (...) é um processo flexível na sua organização e aplicação, livre de imposições e manipulações, sustentada por encontros do ser cuidado com o ser cuidador, por reflexões, reações e por contínuas, reconstruções.] A **essência** do cuidado reside na **dimensão** comunicativa, no **sentido** da **busca** do **entendimento** e **conhecimento** mútuo dos **sujeitos envolvidos** (u. c. e.: 7016, Classe: 1, Khi²: 36, texto 104).*

*[Requer dos enfermeiros responsáveis pelos processos de melhoria, que tenham sensibilidade para captar as necessidades emergentes, habilidade para empreender e estimular ações inovadoras e, principalmente], **conhecimento** e **capacidade** estratégica para **envolver** e **comprometer** criativamente os profissionais, a **partir** de metodologias **dialógicas** e reflexivas, **capazes** de problematizar a **realidade** concreta e, a **partir** de então, [traçar desenvolver ações inovadoras no campo da assistência, comprometidas com o ser humano enquanto sujeito e agente de mudanças.] **Inseridas** nesse **processo** de **inovação**, **buscamos**, enquanto enfermeiras responsáveis pelo **processo** de melhoria **contínua** no **campo** da gerência e do ensino, desencadear um **processo** de sistematização da assistência (u. c. e.: 602, Classe: 1, Khi²: 19, texto 8).*

A análise de cada u. c. e. deste grupo temático reforça a necessidade de reflexão da prática cotidiana dos enfermeiros nas dimensões pessoal, profissional e institucional. O uso do PE na prática assistencial contribui para a melhora do nível de ação dos enfermeiros nas instituições de saúde, oportunizando a cientificidade de atuação profissional e, conseqüentemente, a padronização e informatização dos dados essenciais para avaliar a efetividade do atendimento e demonstrar a contribuição dos cuidados de enfermagem para os resultados alcançados junto ao paciente, sem perder o enfoque interdisciplinar junto a equipe de saúde.

3.5.1.3 GRUPO TEMÁTICO VIII. DIMENSÕES DO PE E DA SAE NA ENFERMAGEM

Para exercer a Enfermagem, é necessário que os enfermeiros reconheçam e compreendam seu processo de trabalho, que é composto por uma série de processos, os quais podem ou não ser executados concomitantemente. Dentre eles, destacam-se no processo de

trabalho: assistir, administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente. No entanto, para compreender melhor o processo de trabalho, é necessário considerar que este é composto por uma série de elementos, a saber: objeto - cuidado do indivíduo; agentes - enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem; instrumentos - saberes estruturados, habilidades, atitudes, materiais, equipamentos e estrutura física; finalidade - promover, manter e recuperar a saúde; métodos - SAE e procedimentos de enfermagem; e produtos - indivíduo saudável ou morte do indivíduo com dignidade (SANNA, 2007). As palavras representativas deste grupo temático ilustram esta ideia, tais como: *caminho*, *busca*, *identidade profissional* e *engenharia* juntamente com as u. c. e. apresentadas a seguir:

*[É importante entender que a divulgação é o meio que oferece a possibilidade de reconhecimento das melhorias advindas da utilização da sistematização da assistência de enfermagem.] abrindo **caminhos** para a pesquisa e para a **reflexão** em **busca** de alternativas para a melhoria da prática de enfermagem (u. c. e.: 3015, Classe: 1, Khi²: 18, texto 44).*

*[É preciso também continuar investindo no cumprimento relativo ao dimensionamento de pessoal e na qualificação da equipe por meio de estudos e treinamentos contínuos, para que se tenha clareza e subsídios científicos] para melhor **desenvolvimento** da sistematização da assistência de **modo a incorporar, valorizar** essas ações e reconhecer esse **processo** como diferencial priorizando o cuidado integral entendendo que, por ser o conhecimento **dinâmico** sobre esta realidade, não se pode parar com a pesquisa, pois a avaliação precisa ser contínua (u. c. e.: 2811, Classe: 1, Khi²: 17, texto 41).*

*A **busca** por atualização é uma **necessidade** do exercício e do reconhecimento da profissão tendo em **vista a busca** pela qualidade, ou seja, a atualização, mais do que nunca, serve não somente a esse **processo** de **engenharia** humana, mas também, à **compreensão** e arquitetura da **identidade profissional** da enfermagem (u. c. e.: 4971, Classe: 1, Khi²: 17, texto 74).*

Nesse sentido, o processo de trabalho do enfermeiro na assistência deve estar alinhado com as atuais intervenções terapêuticas, de modo a estabelecer um plano de cuidados condizente com as reais necessidades do cliente, por meio da aplicação do PE. Este processo propicia ordem e direção ao cuidado de enfermagem sendo [ele] a essência, o instrumento e a metodologia da prática de enfermagem, o que ajuda o enfermeiro a tomar decisões, prever e avaliar as consequências (WALDRIGUES et al., 2014).

Outro aspecto a ser considerado é a garantia de maior visibilidade e autonomia ao enfermeiro, quando o PE quando é implementado e utilizado pela equipe de enfermagem. O que torna a enfermeira mais segura para exercer o seu papel junto ao cliente, família, comunidade e à equipe de saúde. Assim as u. c. e. e as palavras *autonomia*, *efetivação*, *conquista*, *valores* e *valorização* apresentadas a seguir mostram estes aspectos:

*[É essencial não apenas impor legalmente, ao **profissional** aplicar o processo de enfermagem, mas, sobretudo, que as instituições de saúde ofereçam as condições mínimas de trabalho necessárias para introduzir, efetivamente] essa **tecnologia** [n]a prática do cuidado. Neste sentido, para tornar a **efetivação** do **processo de***

enfermagem [n]uma prática concreta do **cotidiano** assistencial do enfermeiro, nos variados campos de **atuação** da enfermagem, é indispensável que sejam superadas as **barreiras** de ordem intelectual, [profissional, administrativas e burocráticas que se opõem ao emprego desta **tecnologia** do cuidar nas instituições de saúde brasileiras] (u. c. e.: 3266, Classe: 1, Khi²: 14, texto 49).

[...] O enfermeiro reconhece o seu modelo de atuação por meio do seu **saber**, com o intuito de que seu **fazer** possibilite visibilidade] mostre o seu ser e proporcione modificações significativas no **modo** de produzir enfermagem exercendo sua **autonomia** de maneira efetiva. Nesse **contexto**, a sistematização da assistência **emerge** como um **importante** instrumento que permite a **atuação** dos profissionais de enfermagem no **processo** de cuidar em **busca** da **autonomia** (u. c. e.: 2204, Classe: 1, Khi²: 19, texto 33).

[As pesquisas que exploram as **percepções** dos enfermeiros acerca da sistematização da assistência de enfermagem ressaltam que, além de ela proporcionar maior qualidade à assistência, propicia também, maior eficiência], **autonomia** e cientificidade a **profissão**, o que pode garantir, dessa forma, maior **valorização** e reconhecimento, enquanto um **espaço** de **novas conquistas** e uma mudança **cultural** no papel do enfermeiro (u. c. e.: 3169, Classe: 1, Khi²: 19, texto 48).

[...] A sistematização da assistência de enfermagem poderá conduzir a equipe de enfermagem e de saúde, de forma lenta, mas **contínua**, para a **reflexão** sobre seu cotidiano oportunizando a partilha de suas experiências e expectativas] **levando** a sentirem-se **valorizados** e corresponsáveis pelas práticas assistenciais de melhoria **contínua**. De outro **modo**, é **preciso** salientar que as **metodologias** de cuidado, sejam quais forem as suas denominações, representam, atualmente, uma das mais importantes **conquistas** no **campo** assistencial da enfermagem (u. c. e.: 3487, Classe: 1, Khi²: 17, texto 53).

O conteúdo abordado neste grupo temático reforça a ideia de que a SAE se constitui no mais precioso instrumento de trabalho que os enfermeiros dispõem para consolidarem sua prática, de maneira autônoma e eficaz. É essencial que o PE seja desenvolvido durante todo o processo de cuidar, para que se possa garantir sua continuidade e qualidade. Do ponto de vista gerencial, o PE proporciona uma avaliação crítica acerca da eficiência e eficácia do processo de trabalho da equipe de enfermagem, através da operacionalização de todas as suas etapas.

No cenário brasileiro constata-se uma série de dificuldades que os enfermeiros enfrentam nas instituições de saúde para organizar e sistematizar sua assistência, dentre elas a superação de resistências, temores, crenças e barreiras associadas à política e filosofia da instituição. Entretanto, pode-se afirmar que, nos últimos anos e nos vários cenários dos serviços de saúde, com muito esforço das instituições de ensino, de saúde e dos órgãos legais, essa realidade aos poucos vem sendo transformada. Existe uma maior conscientização por parte dos gestores e da equipe de enfermagem, de que a SAE e o PE são indispensáveis para uma assistência de qualidade, além de proporcionar maior autonomia, visibilidade e se constituir num dos elementos fundamentais para controle e avaliação de recursos materiais e humanos envolvidos no processo de cuidar.

3.5.2 CLASSE 3. PE como eixo organizador do cuidado de enfermagem e sua contribuição para novas concepções do ser, saber e fazer da Enfermagem

A classe 3 apresentou 876 u.c.e., com 16,20% das u. c. e. classificadas e um percentual de 12,14% de u. c. e. descartadas pelo Alceste dentro da respectiva classe. Ela possui 104 palavras analisadas e o valor da mediana identificado no gráfico desta classe para estabelecer o corte foi de 18, resultando em 148 u. c. e. para análise.

Na análise operacional dessa classe verifica-se que ela é constituída por formas reduzidas que representam as palavras plenas mais características distribuídas nas 876 u. c. e., ou seja, nos recortes realizados nos textos que compõe esta classe. Os aspectos operacionais da classe 3 mostram que o total das u. c. e. que constituíram o corpus de análise foi 224 formas reduzidas de palavras plenas, incluindo todas as variáveis de identificação e a caracterização da amostra do estudo, das quais foram selecionadas 78 variáveis válidas e 54 formas reduzidas, considerando-se o $\chi^2 = 34$. Estas formas reduzidas são compostas de formas plenas e contextos semânticos que representam as palavras mais características distribuídas nas 876 u. c. e. dos recortes realizados nos textos que compõem a classe. Estas u. c. e. juntamente com as formas reduzidas e suas palavras plenas são as expressões que formam o discurso analisado nesta classe.

As variáveis associadas a esta classe mostraram-se relacionadas aos seguintes itens: identificação do número e do tipo do estudo, tema principal abordado pelos autores, instituição de publicação, país e estado da publicação, país e estado do autor principal, ano de publicação e idioma da publicação. Dos 33 textos e os outros tipos de estudo selecionados pelo Alceste nesta classe destaca-se que, dos 17 dos textos envolvidos nesta classe, 8 são artigos originais de pesquisa, 5 são editoriais e 4 são dissertações de mestrado, caracterizando o interesse dos pesquisadores por esta temática, mesmo que o número de textos envolvidos se mostre menos representativo, considerando-se os textos totais desta classe.

O quadro 17 apresentado a seguir, mostra as variáveis que podem ser visualizadas como as de identificação e caracterização associadas à classe. Elas foram organizadas segundo o valor de χ^2 e apresentadas em ordem decrescente.

QUADRO 17: VARIÁVEIS DE IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO ASSOCIADA À CLASSE 3. RIO DE JANEIRO, 2015.

Variáveis	Formas reduzidas	χ^2	f corpus	f classe	% classe
Número do texto / Tipo de estudo	*tex38_art_pesq	138	51	39	76%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex27_art_refl	44	49	25	51%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex42_art_pesq	37	47	23	49%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex44_dissert	34	66	28	42%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex103_art_pesq	26	59	24	41%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex47_editor	14	16	8	50%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex101_art_pesq	14	39	15	38%
Número do texto / Tipo de estudo	*tese10_pesq	16	67	23	34%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex49_art_pesq	11	55	18	33%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex30_dissert	10	48	16	33%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex97_art_ensteo	10	15	7	47%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex18_art_pesq	8	32	11	34%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex107_art_pesq	7	29	10	34%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex33_art_pesq	12	53	18	34%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex22_dissert	6	58	16	28%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex60_art_pesq	6	48	14	29%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex59_ens_teor	6	23	8	35%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex100_art_ensteo	6	19	7	37%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex20_editor	5	9	4	44%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex45_editor	5	6	3	50%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex_editor19	5	9	4	44%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex43_art_pesq	5	61	16	26%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex83_art_pesq	5	33	10	30%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex55_art_pesq	4	49	13	27%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex36_art_pesq	4	30	9	30%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex92_art_rev	3	47	12	26%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex95_art_rev	3	24	7	29%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex61_art_pesq	3	46	12	26%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex96_art_pesq	3	15	5	33%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex21_editor	2	13	4	31%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex31_dissert	2	66	15	23%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex07_art_pesq	2	50	12	24%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex29_art_pesq	2	61	14	23%
Tema	*prat_assist_pe	41	991	228	23%
Tema	*pe_ensino	33	219	66	30%
Tema	*autonom_pe	23	101	34	34%
Tema	*facil_dific_pe	8	260	58	22%
Tema	*sust_teor_pe	5	114	27	24%
Tema	*pe_formaç	5	81	20	56%

Variáveis	Formas reduzidas	χ^2	f corpus	f classe	% classe
Instituição de publicação	*eeufrgs	138	51	39	76%
Instituição de publicação	*ufpe	36	306	87	28%
Instituição de publicação	*ufp	33	96	36	38%
Instituição de publicação	*fenufg	16	200	53	27%
Instituição de publicação	*editum	13	30	12	40%
Instituição de publicação	*esp	12	429	95	22%
Instituição de publicação	*eeap_unirio	11	55	18	33%
Instituição de publicação	*feuerj	6	23	8	35%
Instituição de publicação	*coren	5	6	3	50%
Instituição de publicação	*ufrj	4	310	63	20%
Instituição de publicação	*cofen	4	30	9	30%
Instituição de publicação	*eeufmg	4	94	22	23%
Instituição de publicação	*scenf	3	24	7	29%
País/ Estado do autor principal	*bras_rgs	138	51	39	76%
País/ Estado do autor principal	* bras_pb	130	398	145	36%
País/ Estado do autor principal	*bras_pe	46	266	83	31%
País/ Estado do autor principal	*aut_mexico	25	82	30	37%
País/ Estado do autor principal	*bras_pr	33	598	147	50%
País/ Estado do autor principal	*bras_go	18	261	67	50%
País/ Estado do autor principal	*Espanha	13	30	12	40%
País/ Estado do autor principal	* bras_ce	10	306	69	44%
País/ Estado do autor principal	* bras_rs	6	311	66	21%
País/ Estado do autor principal	* bras_rgn	6	23	8	35%
País/ Estado do autor principal	*bras_mg	5	161	36	22%
País/ Estado do autor principal	*Turquia	5	33	10	30%
País/ Estado do autor principal	*aut_iraniano	5	33	10	30%
País/ Estado do autor principal	*bras_rj	3	930	168	18%
País/ Estado do autor principal	*aut_cuba	3	24	7	29%
País/ Estado do autor principal	* bras_se	2	50	12	24%
Ano de publicação	*2012	31	835	190	23%
Ano de publicação	*2011	16	450	103	23%
Ano de publicação	*2013	4	682	128	19%
Ano de publicação	*2010	3	411	79	19%
Ano de publicação	*2005	2	306	59	19%
Idioma	*port	49	3915	719	18%

A análise estatística do valor de χ^2 das variáveis associadas à classe 3, ou seja, a relação entre o total de u. c. e. produzidas no *corpus* e o total de u.c.e. pertencentes à classe evidenciou que as práticas discursivas que formam esta classe caracterizam-se por saberes produzidos na base de dados literária com textos majoritariamente originais de artigos de pesquisa que abordaram temas referentes à operacionalização do PE, seu ensino durante a graduação da Enfermagem incluindo as fundamentações teóricas, facilidades e dificuldades na

prática profissional representados pelas seguintes siglas: *prat_assist_pe, *pe_ensino, *autonom_pe, *facil_dific_pe, *sust_teor_pe, *pe_formaç e *pe_ensino_formaç.

Este bloco temático caracteriza-se por saberes produzidos em textos na área de conhecimento “Enfermagem”, que demonstram uma relação entre práticas profissionais do enfermeiro e o PE, publicados nos anos de 2005, 2010, 2011, 2012 e 2013, sendo maior o número de publicações no ano de 2012. Os textos foram na sua maioria produzidos no Brasil por autores brasileiros dos estados de Rio Grande do Sul, Paraíba e Pernambuco.

O maior percentual de publicações ocorreu em periódicos das instituições: *eeufrgs, *ufpe e *ufp. Ainda se ressalta que, o maior percentual encontrado no corpus indica uma frequência de χ^2 elevada relacionada aos autores do Rio Grande do Norte (138), com um significativo número de publicações em periódicos.

O contexto semântico das formas reduzidas de palavras plenas com maiores valores de χ^2 da Classe 3 expressa um panorama geral da classe em relação aos seus conteúdos. A análise das formas reduzidas juntamente com as formas plenas das palavras e o conteúdo das u.c.e. possibilitou o delineamento de uma configuração do campo da classe, a partir da identificação das relações existentes entre os diferentes elementos (palavras plenas) que compõem as expressões determinando, assim, novos contextos semânticos organizados nos grupos temáticos, os quais foram representadas no Quadro 18, a saber:

QUADRO 18. FORMAS REDUZIDAS DE PALAVRAS PLENAS ASSOCIADA À CLASSE 3. RIO DE JANEIRO, 2015

Formas reduzidas	χ^2	f corpus	f classe	% classe	Palavras plenas e contexto semântico
organiz+	243	268	135	50%	Organiza (20) organização (55) organizada (21) organizado (7) organizando (1)
cuid+	191	490	187	38%	Cuida (3) cuidado (172) cuidam (2) cuidando (1) cuidar (33)
assist+	191	423	169	40%	Assista (1) assistência (171) assistente (1) assistir (8)
proporcion+	149	98	60	61%	Proporciona (31) proporcionada (2) proporcionado (1) proporcionam (2)
client+	138	266	112	42%	Cliente (77) clientela (22) clientes (25)
cuidado_de_enfermag	137	67	46	69%	Cuidado de enfermagem (43)
qualidade_da_assist	120	63	42	67%	Qualidade da assistência pres (10)
prest+	119	157	75	48%	Presta (2) prestação (15) prestada (23) prestado (10) prestam (2) prestamos (1)
famili+	98	105	54	51%	Família (49) familiar (3) famílias (8)
favorec+	97	61	38	62%	Favoreçam (2) favorece (22) favorecem (1) favorecer (12) favoreceu (1)
visibilidade	95	42	30	71%	Visibilidade (31)
necessidade+	87	355	120	34%	Necessidade (40) necessidades (88)

Formas reduzidas	x ²	f corpus	f classe	% classe	Palavras plenas e contexto semântico
human+	86	94	48	51%	Humana (10) humanas (10) humanismo (1) humanista (1) humanistas (1)
individu+	84	98	49	50%	Individuais (6) indivíduo (44)
acoes	82	201	79	39%	Ações (79)
dinam+	82	59	35	59%	Dinâmica (24) dinâmicas (1) dinâmico (10) dinamismo (3)
conhecimento_cienti	81	30	23	77%	Conhecimento científico especializado (1) conhecimento científico(21)
sistematz+	77	142	61	43%	sistemiza(7) sistematização (22) sistematizada(13) sistematizado(2)
comunidade+	77	53	32	60%	comunidade(31) comunidades(1)
promov+	75	82	42	51%	Promova (1) promove (20) promovem (3) promover (18) promovera (1)
enfermeir+	71	856	222	26%	Enfermeira (12) enfermeiras (8) enfermeiro (221)
individualiz+	69	65	35	54%	Individualização (3) individualizada (17) individualizado (12) individualizar (3)
direcion+	68	71	37	52%	Direciona (20) direcionada (4) direcionando (6) direcionar (8) direcionem(1)
atend+	65	61	33	54%	Atenda (4) atendam (1) atende (3) atender (25)
possibilit+	63	109	48	44%	Possibilita (32) possibilitam (3) possibilitando (3) possibilitar (3)
promocao	55	17	14	82%	Promoção (14)
ser_humano	55	19	15	79%	Ser humano (17)
assistencia_de_enfe	55	149	57	38%	Assistência de enfermagem (52) assistência de enfermagem bem (1)
metod+	51	176	63	36%	Método (65)
autonomia_profissio	50	25	17	68%	Autonomia profissional (17)
sistemizacao_da_a	50	971	231	24%	Sistematização da assistência (382) sistematização da assistência (4)
reconhecimento	47	72	33	46%	Reconhecimento (33)
tomada_de_decis+	46	42	23	55%	Tomada de decisão (14) tomada de decisões (9)
subsidi+	45	29	18	62%	Subsidia (1) subsidiando (7) subsidiar (7) subsidiaram (2) subsidiem (1)
cientifico	45	29	18	62%	Científico (18)
inter_relacionada+	45	24	16	67%	Interrelacionada (1) interrelacionadas (15)
humaniz+	44	22	15	68%	Humanização (5) humanizada (4) humanizado (4) humanizando (1) humanizar (1)
benefic+	44	52	26	50%	Benéfica (1) benefícios (26)
doenca+	43	65	30	46%	Doença (30) doenças (1)
assegur+	42	25	16	64%	Assegura (3) assegurado (2) assegurando (1) assegurar (8) assegurem (2)
benefici+	42	18	13	72%	Beneficia (2) beneficiando (2) beneficiar (1) benefício (7) beneficiou (1)
qualific+	41	36	20	56%	Qualificação (8) qualificada (5) qualificado (1) qualificando (1) qualificar (5)
Individualidade	41	23	15	65%	Individualidade (15)
compet+	40	68	30	44%	Compete (3) competência (5) competências (11) competente (11)

Formas reduzidas	x ²	f corpus	f classe	% classe	Palavras plenas e contexto semântico
autonom+	40	74	32	43%	Autonomia (32) autônomo (2)
vincul+	38	19	13	68%	Vinculada (1) vinculado (2) vincular (1) vincule (1) vínculo (9)
planej+	36	64	28	44%	Planeja (1) planejada (8) planejado (3) planejando (1) planejar (14) planejem (1)
segura+	36	15	11	73%	Segura (10) seguras (2)
vis+	35	120	43	36%	Visa (1) visam (8) visando (14) visão (16) visar (1) visível (3)
ajud+	35	58	26	45%	Ajuda (12) ajudam (1) ajudando (1) ajudar (8) ajudem (2) ajudou (2)
holistico	35	13	10	77%	Holístico (10)
fundament+	34	117	42	36%	Fundamenta (2) fundamentação (2) fundamentado (8) fundamentais (4)
compreend+	34	73	30	41%	Compreendam (1) compreende (7) compreendem (4) compreendemos (2)

No quadro acima as formas reduzidas sistematizacao_da_a (971), enfermeir+ (856), cuid+ (490), assist+ (423), necessidade+ (355), client+ (266) e organiz+(268) apresentaram as maiores frequências desta classe. Neste caso, os conteúdos das u. c. e. definem o contexto semântico de cada forma reduzida no campo dessa classe.

Assim, a CHA, as palavras e variáveis mais significativas (quadro 19) fazem parte das u. c. e. contendo as palavras plenas que deram origem aos seus núcleos temáticos, possibilitando uma compreensão preliminar dos conteúdos dessa classe. O melhor agrupamento temático da classe 3 ocorreu por adoção da análise dos conteúdos das u. c. e., o que originou seus grupos temáticos. A figura 10 traz a CHA da classe 3, que possibilitou a vinculação das u. c. e. à classe; e, das u. c. e. ao corpus do Alceste. Ambas as vinculações foram determinadas pelo estabelecimento do cálculo de dois distintos χ^2 realizado pelo programa.

Quadro 19. Palavras e variáveis mais significativas da classe 3. Rio de Janeiro, 2015

Formas reduzidas	x ²	Total	Porcentagem
Organiz+	243	135	50%
assist+	191	169	40%
cuid+	191	187	38%
proporcion+	149	60	61%
*bras_rgs	138	39	76%
*eeufrgs	138	39	76%
client+	138	112	42%
*tex38_art_pesq	138	39	76%
cuidado_de_enfermag	137	46	69%
*aut_bras_pb	130	145	36%

Formas reduzidas	χ^2	Total	Porcentagem
favorec+	97	38	62%
visibilidade	95	30	71%
melhor+	94	82	41%
necessidade+	87	120	34%
human+	86	48	51%
individu+	84	49	50%
acoes	82	79	39%
dinam+	82	35	59%

Para efeitos de análise das palavras e variáveis, foi considerado o corte = 82 originado pelo Alceste relativo às 876 u. c. e. selecionadas conforme apresentado neste quadro. As palavras mais significativas, com maior poder de associação estatística (χ^2) à classe, com presença relevante são: organiz+; cuid+; assist+; proporcion+; client+; cuidado_de_enfermag e qualidade_da_assist prest+; prest+; famili+; favorec+ e visibilidade. Quanto às variáveis foi selecionado apenas um estudo relevante com poder de aderência à classe 3, o artigo de pesquisa número 38, publicado no Rio Grande do Sul, autora brasileira, natural do Estado da Paraíba, cujo o tema central foi a prática assistencial do PE.

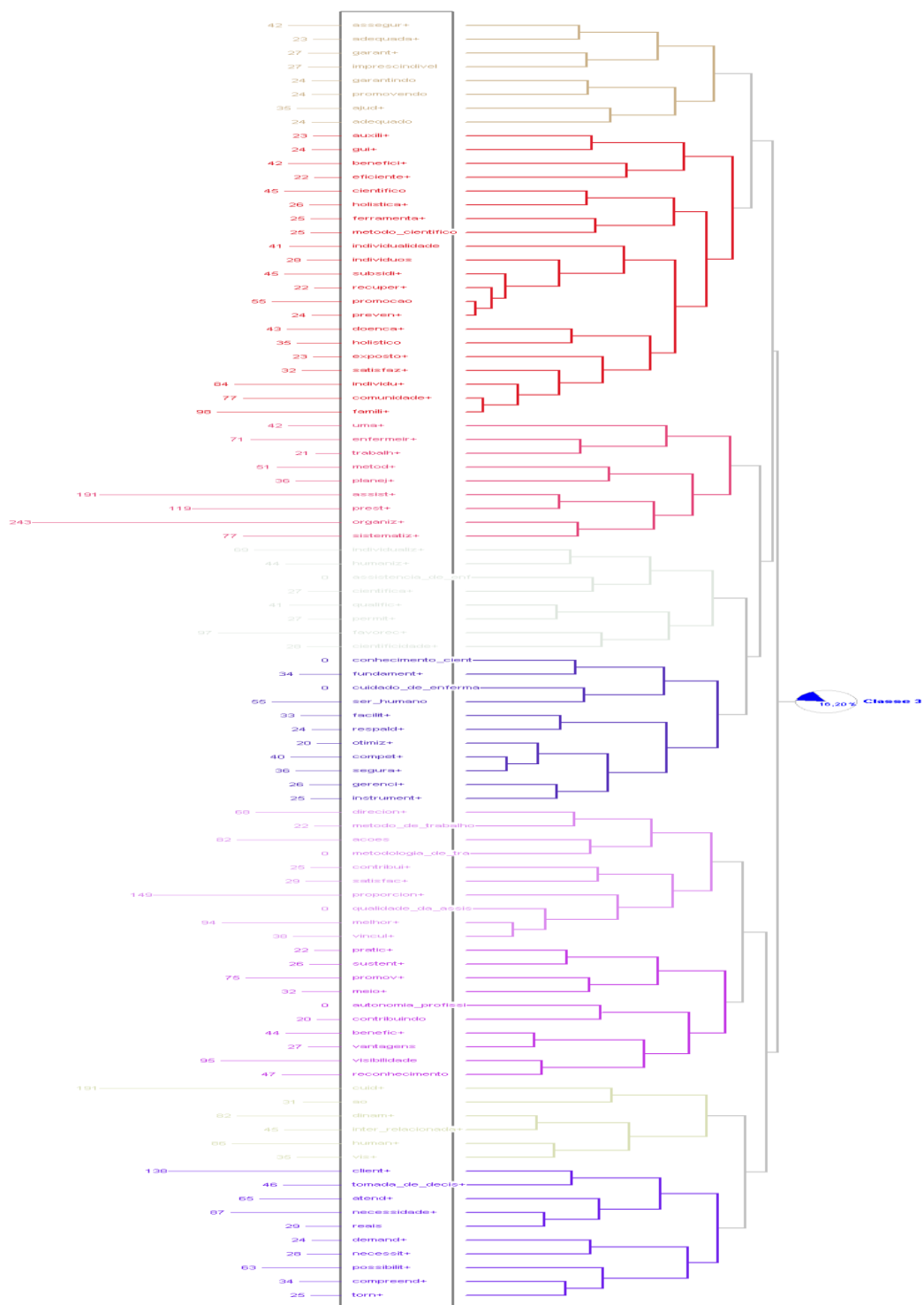


FIGURA 10. CLASSIFICAÇÃO ASCENDENTE HIERÁRQUICA (CHA) DA CLASSE 3. RIO DE JANEIRO. 2015.

A leitura dos conteúdos das u. c. e. desta classe permitiu entender os sentidos e significados neles contidos. A classe 3 foi dividida em três grupos temáticos identificados como: Grupo Temático IX. Organização do cuidado / assistência, Grupo temático X. Organização do processo de trabalho, e o Grupo temático XI. Impacto do uso do PE na profissão e na qualidade do cuidado. Nesta primeira divisão, os conteúdos temáticos das u. c. e. foram divididos sucessivamente, resultando por fim, em agrupamentos temáticos. Esses agrupamentos apresentam semelhanças e/ou diferenças entre si e diferenças em relação aos outros agrupamentos que compõem a classe 3.

QUADRO 20. VOCÁBULOS DE MAIOR REPRESENTATIVIDADE SOBRE O PE E A SAE NOS CONTEXTOS SOCIOCULTURAL E ASSISTENCIAL: DIMENSÕES TEÓRICAS, PRÁTICAS E SOCIAIS. CLASSE 3. RIO DE JANEIRO, 2015

CLASSE 3. PE COMO EIXO ORGANIZADOR DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA NOVAS CONCEPÇÕES DO SER, SABER E FAZER DA ENFERMAGEM: CONTEXTO PROFISSIONAL E ASSISTENCIAL DA SAE E DO PE:	
GRUPO TEMÁTICO IX. ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO / ASSISTÊNCIA	
Subtema: PE como metodologia do cuidado	Assegurar, adequada, adequado, ajuda, organização, assistência, sistematização, garantia, garantido, imprescindível, exposto,
Subtema: Cuidado individualizado, eficaz e qualificado. Método científico.	Guia, benefício eficiente, presta, individualidade, indivíduo, Individualiza, holística, holístico, humanização, assistência de enfermagem, científico, método científico, científica, fundamentação, cuidado de enfermagem, ser humano
Subtema: Ações proporcionadas pelo ato do cuidar sistematizado	Auxiliar, subsidiar, recuperar, promoção, promovendo, prevenir, permite, favorece, satisfaz, comunidade, família, doença
GRUPO TEMÁTICO X. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	
Subtema: PE no processo de trabalho da Enfermagem	Enfermeira, trabalho, metodologia, qualifica, científicidade, ferramenta, método de trabalho
Subtema: PE como ferramenta gerencial	Conhecimento, facilita, respalda, otimiza, competência, segura, gerencial, instrumenta, direciona, planejamento, tomada de decisão
GRUPO TEMÁTICO XI. IMPACTO DO USO DO PE NA PROFISSÃO E NA QUALIDADE DO CUIDADO	
Subtema: Benefícios da prática do PE	Meio, promove, sustenta, pratica, proporciona, melhor, vínculo, contribui, satisfatória, qualidade da assistência, autonomia profissional, contribuindo, benefício, visibilidade, reconhecimento
Subtema: Características do PE na assistência	Cuidado, dinâmico, inter-relacionada, humano, visa, clientela,, atendimento, necessidade, reais, demanda, necessita, possibilita, compreende, torna

Nesta classe os discursos que compuseram os recortes temáticos encontrados foram relacionados à operacionalização do PE como eixo principal para organização do cuidado / assistência, sua influência na organização do processo de trabalho e seu impacto na profissão e na qualidade do cuidado conforme destacam os conteúdos semânticos nas u. c. e. e palavras mais significativas de cada núcleo selecionado.

3.5.2.1 GRUPO TEMÁTICO IX. ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO / ASSISTÊNCIA

A Enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e a especificidade é o cuidado ao ser humano individual, à família e/ ou à comunidade desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes em colaboração com outros profissionais da saúde. A Enfermagem responsabiliza-se através do cuidado pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes seja prestando diretamente o cuidado, seja coordenando outros setores para prestação da assistência e promovendo a autonomia através da educação em saúde (ALMEIDA; ROCHA, 1997; ALMEIDA-FILHO, 1997).

Alguns estudos apontam para o modelo teórico mais adotado no Brasil desde a década de 70, que está baseado no PE segundo o referencial de Horta (1979). Por sua vez, este referencial está baseado no modelo conceitual das necessidades humanas básicas, estabelecendo como objetivo de sua proposição teórica, a assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas. Este referencial também define o papel da Enfermagem como a ciência que descreve e relaciona uma hierarquia dessas necessidades.

De uma maneira mais geral, o enfoque da construção do corpo de conhecimentos específicos da profissão vem sendo expresso por uma terminologia variada, tal como: a natureza específica da Enfermagem, a formalização dos conceitos e teorias, a construção de marcos teóricos de referência, modelos conceituais, e outros (ALMEIDA et al., 2009).

Nas duas últimas décadas, a literatura de enfermagem no Brasil vem explorando as classificações internacionais das práticas de enfermagem, notadamente NANDA, NIC e NOC, como contribuição para a padronização da assistência de enfermagem. As etapas mais utilizadas para o PE segundo a literatura brasileira são o levantamento de dados, a intervenção de enfermagem e a avaliação das respostas de pessoas que receberam as intervenções. Esta posição também pode ser encontrada nas palavras: *avaliação, planejamento, intervenções, individuo, individual, comunidade, família, instrumento* e nas u. c. e. apresentadas a seguir:

*[O processo de enfermagem envolve uma sequência de etapas específicas: obtenção de informações multidimensionais sobre o estado de saúde, identificação das condições que requerem **intervenções de enfermagem, planejamento das intervenções** necessárias,] implementação e **avaliação** das ações, com a **finalidade** de prestar atendimento profissional ao cliente, seja ele **individuo, família** ou **comunidade**, de forma a considerar suas **singularidades** e de modo ampliado (u.c.e.: 1379, Classe: 3, Khi²: 18, texto 20).*

(...) A utilização do processo de enfermagem, considerada a metodologia de trabalho mais conhecida e aceita no mundo, (...) **permite atenção individualizada e sistematizada**, criação do **vínculo e humanização da assistência**. A viabilização de **uma assistência de enfermagem integral e qualificada** é **necessária** para que essa profissão ganhe cada vez mais **cientificidade e respaldo** profissional, produzindo [conhecimento baseado em evidências, como também o desenvolvimento de protocolos direcionados e racionalidades clínicas que qualificam ainda mais o serviço de enfermagem] (u.c.e.: 2723, Classe: 3, Khi²: 25, texto 41).

[A avaliação de enfermagem e o diagnóstico de enfermagem favorecem aos estudantes a construção de raciocínios hipotéticos e críticos, que ajudam a criar responsabilidades na construção de um profissional ético, **comprometido**, com habilidades e competências estéticas] **prestando** assistência com prescrição de **cuidados de enfermagem**. Quando o enfermeiro **planeja ações** deliberadas para **alcançar** uma meta ou objetivo com o seu **cliente**, esta **habilidade** é representada em uma prescrição de cuidados de enfermagem (u.c.e.: 3808, Classe: 3, Khi²: 26, texto 58).

De modo que os diagnósticos de enfermagem **possam** identificar a situação de saúde, de doença dos **indivíduos** resultando em um **cuidado de enfermagem individual e integral, fundamentado no conhecimento científico**. Porém, **para que se tenha uma assistência de enfermagem** harmonizada, [é necessária a aplicação de uma sistematização da assistência de enfermagem baseada em uma teoria específica que seja do conhecimento de todos os profissionais da instituição que realizam o cuidado] (u.c.e.: 2900, Classe: 3, Khi²: 20, texto 43).

Os diagnósticos de enfermagem identificam a situação de saúde e **doença** dos **indivíduos** internados, resultando em um **cuidado de enfermagem individual e integral, fundamentado no conhecimento científico**. Compreende-se que, **para que se tenha uma assistência de enfermagem adequada e individualizada** é **necessária** à aplicação de uma sistematização da assistência (u. c. e: 3715, Classe: 3, Khi²: 21, texto 57).

A implantação do PE apresenta vantagens para o sistema de cuidar, tais como, maior segurança para os pacientes e a melhoria da prática clínica (TANNURE; GONÇALVES, 2011). Sem dúvida, são inúmeras as vantagens do uso do PE na prática profissional para o enfermeiro e os pacientes. Esta afirmação configura-se também pelas palavras mais representativas tais como, *segura, permite, direciona, organiza, assistência, cuidado, sistematizar e eficaz*, e como as u. c. e. apresentadas, a seguir, evidenciam esta posição:

A sistematização da assistência configura-se como uma metodologia para **organizar e sistematizar o cuidado**, com base nos **princípios do método científico**. Tem como objetivos identificar as situações de saúde - **doença** e as **necessidades de cuidados de enfermagem**, bem como **subsidiar** as intervenções de **promoção, prevenção, recuperação** e reabilitação da saúde do **indivíduo, família e comunidade** (u.c.e.: 3894, Classe: 3, Khi²: 33, texto 60).

[O processo de enfermagem (...)] **Trata-se do cuidado de enfermagem** elaborado e **organizado**, tendo como objetivo a **qualidade da assistência prestada ao cliente**, sendo **atividade privativa do enfermeiro**. E estimulante, quando **praticado** com frequência, pois **permite** ao enfermeiro **organizar todo o cuidado de enfermagem**. **Vejo** como é um **instrumento, modelo eficaz** interativo que **direciona, organiza de forma sistemática o cuidar do enfermeiro** (u.c.e.: 3222, Classe: 3, Khi²: 31, texto 49).

*Além disso, [o processo de enfermagem] impulsiona os enfermeiros a analisarem **constantemente** o que estão fazendo e a estudarem como poderiam fazê-lo melhor. A sistematização da assistência é essencial para que o **enfermeiro** possa **gerenciar e desenvolver uma assistência de enfermagem organizada segura, dinâmica e competente** (u.c.e.: 3729, Classe: 3, Khi²: 26, texto 57).*

*[As etapas do processo de enfermagem] (...) são ações sistematizadas e sequenciais que **visam o cuidado de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade**. Logo, desvela-se a importância da metodologia nos cuidados **ao ser humano**, onde há o encontro dos **reais** problemas de saúde do ser **cuidado** com a **intervenção do cuidador**, exigindo julgamento, **habilidade** e perícia nas **tomadas de decisões do enfermeiro, garantindo**, desta forma, a qualidade e a **segurança do cuidado** prestado (u.c.e. 1762, Classe: 3, Khi²: 14, texto 27).*

*A categoria "Reconhecendo que o processo de enfermagem **proporciona uma assistência de enfermagem organizada, individual e resolutive**" mostra as causas que desencadeiam o fenômeno em questão. Os enfermeiros **reconhecem** a utilização da sistematização da assistência **direciona uma assistência** voltada para as **necessidades individuais**, assim como documenta suas **ações de forma organizada direcionando os cuidados** prestados (u.c.e.: 2969, Classe: 3, Khi²: 19, texto 44).*

Neste grupo temático foi abordada a influência do PE para o enfermeiro, no que diz respeito à sua contribuição para a melhoria da qualidade de vida da população e manutenção da saúde em todos os níveis assistenciais de saúde, além de subsidiar ações de ensino, orientação, supervisão e avaliação dos resultados de suas ações. Assim, como subsídio do PE às ações profissionais, destaca-se sua influência educadora e sua fundamentação no corpo de conhecimentos próprio da profissão para que as ações profissionais possam estar sustentadas e fundamentadas. Esse corpo de conhecimentos é estruturado na forma de construtos teóricos.

3.5.2.2 GRUPO TEMÁTICO X. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Ao se estabelecer um cuidado científico, além da base teórica, é necessário utilizar o PE, que se constitui no método pelo qual o enfermeiro realiza a assistência sistematizada e direcionada à qualidade do cuidado. Seguindo as etapas de investigação - diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação da assistência de enfermagem e avaliação, o enfermeiro aplica o PE para promover um cuidado integral e individualizado (TANNURE; GONÇALVES, 2011).

O PE insere-se também na organização do trabalho da Enfermagem, pois ele implica em um planejamento mais amplo para as atividades que possam vir a ocorrer. Assim, ele colabora com a SAE que engloba aspectos da assistência de enfermagem abordados com conhecimentos e práticas de gerência, de recursos humanos e ambientais, dentre outros aspectos. As palavras que ilustram este núcleo são *trabalho, proporciona, serviço, organiza* e as u. c. e. mostradas em seguida destacam esta relação:

(...) os profissionais disseram que o processo de enfermagem (...) **permite** ao enfermeiro **organizar** o seu **trabalho** delineando as prioridades e **desenvolvendo ações** concretas para **ajudar** a fornecer um **serviço ao** paciente, atendendo as **necessidades prioritárias** e **proporcionando atenção integral** (u.c.e.: 6382, Classe: 3, Khi²: 37, texto 94).

O processo de enfermagem é definido como o método pelo qual a base teórica do exercício da profissão, para identificar e monitorar os problemas do paciente e da família se aplica; é **guia** para o **trabalho prático**; **auxilia** o enfermeiro a **organizar** seus pensamentos, observações e interpretações e **visam** tornar a prática de enfermagem mais **eficiente** e **eficaz**; [fornece a base para a pesquisa e contribui para a **promoção, prevenção e manutenção** da saúde do indivíduo, da família e da comunidade] (u.c.e.: 6287, Classe: 3, Khi²: 28, texto 92).

Os referenciais teóricos de enfermagem buscam a explanação sistemática de eventos para descrever, explicar e entender os fenômenos, a fim de solucionar os problemas para auxiliar no entendimento do enfermeiro acerca da prática e do conhecimento existente (LINO, 2014). Neste sentido, a literatura enfatiza esta ligação entre abordagens teóricas e a SAE, tal como as u.c.e. e as palavras *metodologia, método de trabalho, facilita, sustentação, prática, organiza e trabalho*, mostram, a seguir:

Nesse contexto, os enfermeiros percebem que a sistematização da assistência é um **método de trabalho** que tem **sustentação** nos modelos teóricos **aplicados a prática, através** do processo de enfermagem, dando origem a uma **metodologia de trabalho** que **sistematiza** as **ações** e **organiza** o **trabalho**. Além disso, **proporciona ao enfermeiro** a execução de medidas padronizadas que **otimizam** o processo de trabalho (u.c.e.: 2547, Classe: 3, Khi²: 27, texto 38).

[Como] parte de conhecimentos específicos e reflexão crítica e problematizadora do trabalho da enfermagem, a sistematização da assistência **constitui um instrumento** para **gerenciamento** e **otimização** da **assistência** de enfermagem de **forma organizada, segura, dinâmica e competente** (u.c.e.: 2432, Classe: 3, Khi²: 22, texto 36).

Outro aspecto que deve ser abordado é que a SAE e o PE permitem uma maior visibilidade do enfermeiro e, conseqüentemente, uma maior valorização profissional. Assim, o PE transforma a realidade do cuidar dando um enfoque individualizado e multidisciplinar, o que influencia para além do âmbito do paciente e sua família, afetando as condições e a maneira de assistir da Enfermagem, o que pode ser evidenciado nas palavras representativas: *transformado, origem, pensar, ampliado, enfoque, multidimensional e necessidade* e como as u. c. e. indicam a seguir:

[O processo de enfermagem envolve uma sequência de etapas específicas: obtenção de informações **multidimensionais** sobre o estado de saúde, identificação das condições que requerem intervenções de enfermagem, planejamento das intervenções **necessárias**,] implementação e **avaliação** das ações, com a **finalidade** de prestar atendimento profissional ao **cliente**, seja ele **indivíduo, família** ou **comunidade**, de **forma** a considerar suas **singularidades** e de modo **ampliado** (u.c.e.: 1379, Classe: 3, Khi²: 18, texto 20).

(...) A ocorrência de uma ação ou de um conjunto de ações, por meio de um determinado modo de fazer, regulado por um determinado modo de pensar, ou seja, por uma concepção do fenômeno, de sua **origem** e de sua potencialidade de

transformar-se ou de ser transformado. Partindo dessa compreensão, é possível definir o processo de enfermagem como um instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as **necessidades** da **pessoa, família** ou **coletividade humana**, [em um dado momento do processo saúde e doença, demandando o cuidado profissional de enfermagem] (u.c.e.: 1397, Classe: 3, Khi²: 11, texto 21).

O **ser humano** é único e **necessita** de cuidados individualizados respeitando suas **necessidades** como um ser único e **multidimensional**, biopsicosocioespiritual. Observou-se a **necessidade** de (...) operacionalização [do PE] como instrumento de trabalho e exercício da **competência** de liderar do **enfermeiro**, [no] atendimento das particularidades do paciente hospitalizado [e da] **organização** e **visibilidade** do **cuidado de enfermagem** (u.c.e.: 2837, Classe: 3, Khi²: 13, texto 42).

Dentro desse enfoque observa-se que os estudos destacam o PE como atividade privativa do enfermeiro. E, que esta profissional tem total responsabilidade em garantir sua utilização na prática profissional. Concomitantemente, o enfermeiro deve desenvolver uma série de habilidades e competências, para que possa exercer efetivamente o seu papel, pois é seu dever fazer uma avaliação contínua e garantir resultados satisfatórios na operacionalização do PE. Ela também deve adaptá-lo a partir de um modelo teórico para resolver problemas administrativos e de liderança, com vistas à maior qualidade de cuidados prestados pela equipe de enfermagem, o que é abordado nas palavras representativas encontradas neste grupo temático como *habilidades, competências, executar, exigência, atitude e equipe* e nas u. c. e. apresentadas, a seguir:

[(...) as competências do enfermeiro destacam (...) [sua] autonomia de realizar tarefas junto ao cliente, liderar a equipe de enfermagem e gerenciar os recursos de informação físicos, políticos, financeiros, materiais e humanos] de forma a prestar a assistência de enfermagem. A exigência para o enfermeiro exercer seu papel com resultados satisfatórios e ter conhecimento, habilidades e atitudes gerando como consequência, [a] competência para executar as atividades que lhe são pertinentes e que, ao mesmo tempo, tome sua equipe apta para as tarefas que deve realizar (u.c.e.: 2032, Classe: 3, Khi²: 11, texto 30).

Na prática profissional há necessidade do contínuo acompanhamento e utilização de diferentes estratégias para que o PE seja efetiva e eficientemente implantado, nas diferentes instituições e cenários de saúde. Como um método de trabalho, deve ser planejado em todas suas etapas operacionais e envolver efetivamente toda a equipe de profissionais que participam direta ou indiretamente no seu uso.

Inúmeras são as vantagens dessa prática no cotidiano da Enfermagem como aumento da satisfação dos pacientes, melhoria da qualidade da assistência, redução do período de internação, diminuição das despesas hospitalares, otimização do trabalho da equipe de enfermagem, visibilidade e definição do papel do enfermeiro, autoestima, melhoria da comunicação terapêutica, aumento da motivação dos profissionais de enfermagem, dentre outros. As u. c. e. e as palavras representativas, tais como: *melhoria, qualidade, autonomia,*

profissional, comunicação, organiza, método, trabalho, segurança, assegura e equipe destacam estas características, a seguir.

*[em relação aos fatores **motivadores** na perspectiva da implantação da sistematização da assistência de enfermagem (...), os ganhos para todos os envolvidos são enormes. Quando são analisados [os] aspectos **assistenciais** e **administrativos**, fica nítido:] destaca-se que a sistematização da assistência promove a **melhoria na qualidade da assistência**, contribui para **autonomia profissional**, proporciona aos enfermeiros a flexibilidade do pensamento crítico, **melhora a comunicação** entre **equipe** e previne erros, omissões e repetições desnecessárias (u.c.e.: 2439, Classe: 3, Khi²: 11, texto 36).*

*Percebendo a sistematização da assistência como um **método de trabalho** que **organiza**, direciona e **melhora** a qualidade da assistência, **assegura** a **autonomia**, a visibilidade e proporciona **segurança** para a **equipe de enfermagem** (u.c.e.: 2966, Classe: 3, Khi²: 22, texto 44).*

*Desenvolvendo estratégias de ação; para que a sistematização da assistência se apresente como um **método** de **trabalho** que **organiza** e direciona as ações da enfermagem, **melhorando** a qualidade da **assistência prestada**, trazendo **autonomia** e visibilidade a profissão (u.c.e.: 2564, Classe: 3, Khi²: 18, texto 38).*

Este grupo temático sintetiza os discursos que envolvem os debates acerca do PE como um eixo organizador do cuidado e da prática profissional do enfermeiro. Também inclui as novas concepções atribuídas ao PE, ou seja, como elas estão influenciando a formação do enfermeiro e, conseqüentemente, o seu saber e fazer contribuindo assim, para a construção de um profissional ético, competente e resolutivo, cada vez mais comprometido com a melhoria das condições de saúde da população.

A meta da Enfermagem é proporcionar uma assistência de qualidade que atenda às necessidades do paciente, família e comunidade. Para isto, precisa haver um comprometimento da instituição que visa prestar um serviço efetivo e eficiente. Portanto, o uso do PE atende as necessidades de ambos, porque direciona a assistência de enfermagem para o atendimento das necessidades de saúde de seus pacientes, família ou comunidade; facilita a escolha de intervenções mais adequadas; registra de forma objetiva as reações do paciente, o que torna possível avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

3.5.2.3 Grupo temático XI. Impacto do uso do PE na profissão e na qualidade do cuidado

De acordo com Barbosa et al. (2010), a SAE é responsável pela elevação do nível de qualidade da assistência de enfermagem, ao propor um atendimento individualizado, o que beneficia o paciente e o enfermeiro. Também, demonstra a essencialidade da implantação do PE, que é definido como um método utilizado para aproximar as estruturas teóricas da Enfermagem da prática pela identificação das necessidades do cliente e pelo conhecimento de

suas condições de saúde. Assim, torna-se possível determinar um cuidado direcionado e humanizado para atender necessidades (BARBOSA; MARCACINE, 2008).

Neste sentido, as palavras significativas como: *favorece, holístico, individualizado, individuo, integral, inovador, possibilita, cuidado, cuidar e assistência* e as u. c. e. apresentadas, a seguir, identificam a SAE e o PE como essenciais para a garantia de um cuidado que favorece o enfoque multidisciplinar e multidimensional da assistência ao indivíduo, família e comunidade:

*A sistematização da assistência tanto **favorece** a atuação da enfermagem, ao permitir o conhecimento **integral** do **indivíduo**, quanto permite uma melhor **organização** do **cuidado** prestado o que se relaciona à **possibilidade** de uma **assistência** mais **qualificada** e o reconhecimento profissional (u.c.e.: 1337, Classe: 3, Khi²: 26, texto 18).*

*Tomar o enfermeiro um profissional essencialmente assistencial e não apenas o gerente dos serviços de enfermagem, **possibilita** a efetivação do processo de enfermagem como ferramenta tecnológica voltada ao desenvolvimento de uma **assistência inovadora e integral** ao **indivíduo**, família e comunidade (u.c.e.: 3212, Classe: 3, Khi²: 19, texto 49).*

*Entendemos que, para **cuidar**, também é preciso conhecimento intuitivo. A subjetividade em **compreender** o ser humano e suas peculiaridades torna o **cuidado** de enfermagem mais do que científico, também **holístico**, transcultural e multidisciplinar. Mas, todo esse conhecimento precisa ser **organizado** logicamente, [para que seja fundamentado e reconhecido como ciência indispensável à sobrevivência humana] (u.c.e.: 4075, Classe: 3, Khi²: 32, texto 62).*

*[...] O processo de enfermagem (...) é utilizado como método para realizar o **cuidado** de maneira sistematizada, objetivando criar condições para praticar a assistência **individualizada**, fornecendo] subsídios para maior **integração** da enfermeira, pacientes e familiares, comunidade e a **equipe** multiprofissional, favorecendo a **melhoria** da **qualidade da assistência**. O processo de enfermagem foi definido, no Brasil como a **dinâmica** das ações sistematizadas e **interrelacionadas** visando a assistência ao ser humano (u.c.e.: 3394, Classe: 3, Khi²: 30, texto 52).*

*[O processo de enfermagem] constitui-se um instrumento de fundamental importância para o enfermeiro gerenciar e otimizar sua assistência de forma organizada **dinâmica e competente** e, ainda, de forma racional e universal, determinando sua área específica de atuação (u.c.e.: 617, Classe: 3, Khi²: 26, texto 8).*

*Essa atividade [PE] é privativa do enfermeiro, e se implementada, o profissional, utilizará este **método** e [esta] **estratégia** do trabalho científico para a identificação das situações de saúde e de doença, subsidiando **ações de assistência de enfermagem** que possam **contribuir** para **promoção, prevenção, recuperação e reabilitação** da saúde do **indivíduo**, da família e da comunidade (u.c.e.: 2862, Classe: 3, Khi²: 28, texto 42).*

A prática do PE possibilita transformações e mobilização social do enfermeiro, uma vez que seu uso requer uma série de mudanças nas atitudes do profissional. Elas partem do compromisso das instituições formadoras em desenvolver habilidades e competência específicas do estudante de enfermagem e do enfermeiro para utilizar o PE no cotidiano profissional. Ele também proporciona o reconhecimento do profissional sobre a sua responsabilidade social junto

à equipe de saúde, para garantir uma assistência de qualidade para a sociedade e a construção de uma profissão cada vez mais empenhada nas práticas que garantam maior cientificidade e visibilidade à profissão. As palavras significativas, tais como: *método, científico, comunidade, população, saúde, atenção, trabalho, reconhecimento* e as u. c. e. mostradas a seguir indicam esta posição:

[. Os enfermeiros entendem que o maior benefício da implementação do processo de enfermagem é a qualificação da assistência prestada, seguida pela organização da assistência e pela definição e valorização do papel do enfermeiro]. Esse entendimento permite afirmar as enfermeiras identificam esse **instrumento metodológico** como fator que **contribui** na **atenção** à saúde da **população**, bem como possibilita **visibilidade** e **reconhecimento** profissional (u.c.e.: 1655, Classe: 3, Khi²: 13, texto 25).

[. Hoje, o conceito de enfermagem é mais amplo. Ele é voltado para a preparação de uma enfermagem abrangente, capaz de trabalhar tanto a nível comunitário, como especializado] Trata-se de uma equipe, a fim de **oferecer** uma abordagem **integrada** para a **atenção individual** e da **comunidade** (u.c.e.: 6301, Classe: 3, Khi²: 12, texto 92).

O processo de enfermagem é visto como um **método científico** de trabalho que dá base para apoiar a sua **prática** [da Enfermagem] e o **trabalho** profissional da enfermeira. Para que seu ensino seja **eficaz** se faz necessário o uso de várias estratégias para promover a aprendizagem dos estudantes, bem como aplicar certas **habilidades** para usar estas estratégias na formação (u.c.e.: 785, Classe: 3, Khi²: 11, texto 10).

[...] [A] aplicação [do PE] na prática assistencial transforma o mito da subalternidade da Enfermagem a outras profissões, gerando novos conhecimentos e oportunizando visibilidade profissional,] contribuindo assim para o avanço da Enfermagem brasileira. Neste contexto, e, refletindo-se acerca da **organização** e **filosofia do trabalho** de enfermagem, o processo de enfermagem constitui-se em um **instrumento** de fundamental importância para que o enfermeiro possa **gerenciar** o **cuidado** de forma **segura**, [o que não se observa, na realidade de muitas instituições de saúde que não o utilizam] (u.c.e.: 3788, Classe: 3, Khi²: 20, texto 58).

O PE, como uma abordagem científica, auxilia a Enfermagem a ser reconhecida como ciência, pois fornece estrutura para tomadas de decisão, direcionando o cuidado ao paciente (TANNURE; GONÇALVES, 2011). Para Ferreira et al. (2009), é através do ensino, implantação e implementação desse método que o profissional de enfermagem aplicará a essência de sua profissão e suas habilidades, para consolidar cada vez mais os seus pilares científicos, tal como apontam as palavras representativas: *conhecimento, técnico, científico, cientificamente, eficaz, eficiência, facilita, favorece e habilidades* e as u.c.e., a seguir:

[O significado do processo de enfermagem também congregou resultados positivos sobre o seu aprendizado, tais como: [favorecer] avaliações futuras; **permitir** raciocínio rápido, conciso e **eficaz**; **facilitar** aplicação do **conhecimento científico**; **favorecer**, precocemente, o desenvolvimento de identidade profissional; [gerar auto-realização por parte dos alunos que percebem o que produziram; desenvolver **habilidades** interpessoais e raciocínio clínico nos alunos e, finalmente, **favorecer** a relação aluno e usuários.] (u.c.e.: 3628, Classe: 3, Khi²: 26, texto 55).

(...) A sistematização da assistência de enfermagem e a **organização do trabalho**

de enfermagem e, por conseguinte, do trabalho da equipe de enfermagem mostram-se imprescindíveis para uma assistência de qualidade, com **eficiência e eficácia**. Sistematizar o **cuidado** implica em utilizar uma **metodologia de trabalho** embasada **cientificamente**. Isto resulta na **consolidação** da profissão e **visibilidade** para as **ações** desempenhadas pelo **enfermeiro**, bem como oferece subsídios para o desenvolvimento do **conhecimento técnico científico** (u.c.e.: 3943, Classe: 3, Khi²: 22, texto 60).

A prática de enfermagem possui elementos que constituem um processo específico de trabalho. Os elementos que descrevem a prática da enfermagem são constituintes e demandam habilidades e capacidades psicomotoras (físicas), cognitivas (pensamento, raciocínio), afetivas (sentimentos, emoções e valores) contendo também conhecimento e perícia no uso das técnicas de enfermagem e liderança na implantação do plano de intervenção. São estas habilidades e capacidades que vão ajudar na determinação do que deve ser feito, como, porque, por quem, com o quê deve ser feito e quais são os resultados esperados (GARCIA; NÓBREGA, 2000). Assim, o enfermeiro pode exercitar suas habilidades para melhor condução de suas atividades profissionais e a implementação do PE nos serviços de saúde, apesar de obstáculos que possam surgir, conforme as palavras *competências, habilidades, adquirir e desenvolver* e as u. c. e apresentadas, em seguida:

[O enfermeiro é o responsável pela concepção e gerenciamento do processo de enfermagem, deverá buscar estratégias de participação e envolvimento de todos, enfermeiros e auxiliares de Enfermagem,] para que a coisa possa fluir em uma rede de **integração** e interconexão das **ações**, não apenas cada um executando atividades independentemente um do outro. Eu acho que o PE ainda não está sendo respeitado de jeito nenhum. Não adianta eu prescrever se não tiver uma **sistematização** onde **toda a equipe** entenda o que é aquilo ali, precisa **adquirir habilidades** para **desenvolver** a ideia do valor daquela prescrição, daquele **cuidado** (u.c.e.: 1217, Classe: 3, Khi²: 14, texto 16).

[. As dificuldades inerentes à implantação de formas diferentes de fazer o cuidado, descritos na literatura e, especialmente, através da sistematização da assistência de enfermagem, a enfermagem pode buscar a autonomia, (...) possibilitar a reflexão sobre a temática e identificar os processos de trabalho que permeiam as suas atividades]. Com isso, este estudo poderá **proporcionar** aos enfermeiros **competências** e **habilidades** para **desenvolver** o **cuidado** de **forma sistematizada**, de modo a **atender** a legislação vigente, **sustentada** por um referencial teórico e **adquirir** a visibilidade e autonomia desejada por todos (u.c.e.: 2131, Classe: 3, Khi²: 19, texto 31).

Foram encontradas algumas vantagens na implementação do PE relacionadas à prática do enfermeiro, dentre elas, destacaram-se algumas palavras representadas pelas ações encontradas neste núcleo temático, tais como, *reconhecer, melhorar, promover, permitir, direcionar, desenvolver, utilizar, organizar* e *facilitar*, bem como, as u.c.e. mostradas, a seguir:

Os sujeitos mencionaram os seguintes aspectos **positivos**: **melhora a qualidade da assistência**; **provê assistência** com qualidade; **permite** o registro da qualidade da assistência **desenvolvida**; **promove cuidado** mais adequado e baseado em evidências **práticas e científicas** (u.c.e.: 3635, Classe: 3, Khi²: 19, texto 55).

Os enfermeiros **reconhecem** que a **utilização** da sistematização da assistência **direciona** uma **assistência** voltada para as **necessidades individuais**, assim como, documenta suas **ações** de **forma organizada**, **direcionando** os cuidados prestados (u.c.e.: 2536, Classe: 3, Khi²: 18, texto 38).

Os relatos (...) expressam essa constatação: ela [a SAE] **facilita** o trabalho do enfermeiro, **direcionando** a **assistência** de enfermagem de acordo com as **necessidades** de cada **cliente**. **Percebo** a sistematização da assistência como um **método de trabalho** que **organiza** a assistência de enfermagem, **favorecendo** o seu planejamento. Os enfermeiros **reconhecem** que o foco da **assistência** deve ser o **cliente**. **Reconhecem** também que a **aplicação** do processo de enfermagem **permite** a **identificação** de necessidades, **promove** o planejamento e a **organização** do cuidado, bem como **facilita** a **prática assistencial** do enfermeiro (u. c. e.: 2548, Classe: 3, Khi²: 18, texto 38).

Para Nery, Santos e Sampaio (2013) é a partir da sistematização da assistência que o paciente poderá ser visto de maneira holística, mais humana e individual. Dessa forma pode-se afirmar que a SAE é uma estratégia por meio da qual a Enfermagem desenvolverá um trabalho humanizado, qualificado e individualizado.

(...) O processo de enfermagem **promove** a interação humana (...) através de **uma estratégia** de abordagem qualitativa e **holística**, que **permite** o **trabalho** conjunto dos **agentes** de cuidados [para] **realizarem ações** que maximizem as habilidades individuais, **promovam** o autocuidado, bem-estar, **desenvolvimento** humano, alívio da dor, [para **restabelecer** a saúde ou a morte com dignidade] (u.c.e.: 6367, Classe: 3, Khi²: 18, texto 94).

Em relação aos aspectos éticos e legais na implantação e implementação da SAE e do PE verifica-se que já existe maior mobilização dos gestores das instituições de saúde em atender as Resoluções do COFEn. Neste estudo, esta mobilização também é apontada como um dos destaques da Enfermagem, pois contribui para o seu exercício, tornando-se uma estratégia para as ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde individual e coletiva. Assim, palavras como *subsidiar, exigência, legal, estratégias, prevenção, promoção, recuperação, reabilitação* contidas nas u. c. e. mostram tal destaque:

A aplicação da sistematização da assistência **através** do processo de enfermagem. Conforme a Resolução do COFEn, a sistematização da assistência é uma **exigência** legal, é uma atividade privativa do **enfermeiro**, busca a identificação das situações de saúde e doença dos indivíduos através da utilização de um **método** e de **uma estratégia** de trabalho científicos, que irão **subsidiar** [as] ações de enfermagem contribuindo para a **promoção, prevenção, recuperação e reabilitação** da saúde dos indivíduos (u.c.e.: 3727, Classe: 3, Khi²: 13, texto 57).

Essa atividade é privativa do enfermeiro, e deve ser implementada em todos os serviços de saúde. O profissional deve utilizar o processo de enfermagem como um **método** e [uma] **estratégia** de trabalho científico, para a identificação das situações de saúde doença **subsidiando ações** de **assistência de enfermagem** que **possam contribuir** para **promoção, prevenção, recuperação e reabilitação** da saúde do **indivíduo, da família e da comunidade** (u.c.e.: 2862, Classe: 3, Khi²: 2, texto 42).

[A resolução é específica à sistematização da assistência de enfermagem (...)] **subsidiando** [as] ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para **promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade** (u.c.e.: 3072, Classe: 3, Khi²: 22, texto 48).

*(...) [A] sistematização da assistência de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, que permite realizar a identificação das situações de saúde e doença, **subsidiando** a prescrição dos **cuidados de enfermagem** e implementação dos **cuidados de enfermagem**, que **possam contribuir** para a **promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde** do **indivíduo, família e comunidade** (u.c.e.: 2711, Classe: 3, K_{hi}²: 28; texto 41).*

Esse grupo temático discorre sobre o impacto do uso do PE na profissão e na qualidade do cuidado. A Enfermagem, enquanto profissão, exerce um papel bastante significativo no contexto da saúde e as mudanças constantes que ocorrem na sociedade refletem-se diretamente na prática profissional, acompanhando o desenvolvimento científico e tecnológico no que concerne à evolução da profissão em todos os seus aspectos.

Neste sentido, há necessidade de o enfermeiro reconstruir sua prática profissional através do uso de uma metodologia assistencial mais crítica, planejada, eficaz e capaz de atender de forma mais eficiente o paciente e a sociedade em todas suas necessidades de saúde, considerando-se as grandes dimensões de sua atuação: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Entretanto, a operacionalização deste modelo assistencial ainda é um desafio para a Enfermagem, pois apesar de ser uma atividade de caráter obrigatório, privativa do enfermeiro, com suporte legal e ético garantido pelos Conselhos Federais e Estaduais de Enfermagem sua prática ocorre de forma fragmentada ou é inexistente, na maioria das instituições de saúde.

Dentre as inúmeras vantagens da sistematização da assistência de enfermagem pode-se destacar a visibilidade, autonomia e a independência do enfermeiro para o exercício de sua prática profissional. Outro aspecto abordado nesse grupo temático é o da necessidade de integração entre a prática e a teoria, o ensino e a assistência, para assegurar desde o início de sua formação, que o enfermeiro possa desenvolver a SAE e o PE nos diversos cenários e níveis de assistência em saúde: primário, secundário e terciário.

Para subsidiar as ações de assistência de enfermagem, o método científico deve atender ao seu objetivo profissional que é contribuir para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Para isto, é indispensável que se determinem padrões mínimos para aplicação efetiva do PE nos campos de prática, para assegurar a operacionalização da assistência de enfermagem.

3.5.2.4 Análise do Bloco Temático

Neste bloco temático, o discurso sobre o PE e a SAE nos contextos sociocultural e assistencial e suas dimensões teóricas, práticas e sociais apresenta semelhanças em seu

conjunto de expressões sobre o lugar fundamental da operacionalização do PE e da SAE para a consolidação da prática do enfermeiro. No entanto, apesar de serem considerados instrumentos fundamentais para a garantia da qualidade da assistência de enfermagem, muitos conflitos e problemas envolvem sua operacionalização, os quais vão desde a falta de seu uso, a utilização equivocada e/ou incompleta das etapas do PE, à dificuldade de compreensão sobre sua essencialidade para a prática profissional.

Sendo assim, um aspecto a ser abordado, inicialmente, diz respeito a alguns estudos que discorrem sobre a temática, indicando uma ausência de compreensão conceitual acerca da SAE e do PE. Ora a literatura refere ao PE, ora à SAE, sem uma distinção clara destas definições. Algumas vezes, a literatura utiliza estes termos como sinônimos ou confunde seus usos, ou seja, reforça a ideia da inexistência de qualquer discriminação conceitual entre os mesmos.

Embora na Resolução do COFEn n.º 358 / 2009 existam definições explícitas e distintas sobre o que é a SAE e o que é o PE, a literatura ainda não incorporou tais distinções. Concomitante a isto, Cruz (2008) constata que existem várias definições de PE, as quais diferem entre si nos aspectos que focalizam ou não a ênfase atribuída aos conteúdos, tornando-se comum a falta de uma definição operacional do PE, o que conduz a debates pouco produtivos sobre suas potencialidades e os riscos inerentes à sua aplicação.

Diante da constatação destas dificuldades, uma parte incipiente da literatura de Enfermagem aponta a falta de compreensão sobre estas definições operacionais e conceituais que são atribuídas ao PE e a SAE (BACHION, 2002; NASCIMENTO, 2012). Para Herdman (2013) somente quando compreendermos determinados conceitos, poderemos implementar nosso processo diagnóstico e o PE de forma que ele faça sentido, da maneira como foi pretendido.

Ressalta Herdman (2013) que ao longo do caminho, perdemos a noção do que o PE deve representar. Organizações produzem documentação que incorporam análises de enfermagem, diagnósticos/problemas dos pacientes, intervenções e resultados que cumprem os requisitos de atribuir organizações e corpos reguladores. Todavia, se perguntarmos aos enfermeiros o que eles pensam sobre o PE, veremos, frequentemente, eles virarem os olhos e ouviremos reclamações sobre a quantidade de tempo necessária para “fazer” o PE. Esse é um requisito que, para muitos, parece não ter benefícios ou propósitos na prática.

Entretanto, os aspectos teóricos, operacionais e outros orientam o debate acerca da implantação e implementação do PE destacando-se sua natureza essencial para que o enfermeiro exerça sua função e seus papéis, enquanto responsável pelo cuidado, para que sua

contribuição, sob a forma de ações, possa estar voltada para promover, prevenir, diagnosticar, intervir, avaliar, recuperar e reabilitar a saúde do indivíduo, família e comunidade.

Algumas u. c. e. dos estudos destacam diversas dificuldades encontradas na prática do PE como, problemas gerenciais, dificuldades conceituais, dificuldades pessoais e na formação e condições estruturais que atuam como impedimentos para sua consolidação na prática profissional. No entanto, quando o PE e a SAE são implementados e incorporados ao cotidiano da Enfermagem, eles geram uma infinidade de potencialidades que vão da autonomia, visibilidade e melhora das condições de trabalho, ao respaldo legal para a tomada de decisão, a avaliação do desempenho da equipe, a valorização e satisfação profissional e a melhoria da qualidade do cuidado, dentre outros aspectos.

Neste bloco temático, os conteúdos das u. c. e. apontaram para o fato de que o PE promove a organização e seleção dos cuidados, sempre com foco no estado de saúde e na qualidade de vida dos pacientes. Neste contexto, o enfermeiro emprega um raciocínio crítico diante das situações práticas e teóricas. Com essas características, o PE auxilia na construção de um pensamento crítico, sua vantagem é a sequência de etapas, por possibilitar a organização do pensamento sequencial. Neste sentido, os resultados tendem a ser rápidos e sempre baseados em evidências, permitindo ainda, uma constante avaliação (ALFARO - LEFEVRE, 2010).

Também se destacaram algumas finalidades do PE, tais como: estabelecer uma efetiva comunicação entre os integrantes da equipe de enfermagem e os demais profissionais envolvidos no cuidado ao ser humano; servir de base para a elaboração de planos assistenciais; constituir-se em fonte de subsídios para a avaliação da assistência prestada; monitorar o acompanhamento da evolução do paciente; constituir-se em documento legal em relação à assistência prestada tanto para o paciente, como para a equipe de Enfermagem, contribuir para a auditoria de Enfermagem e, colaborar com orientações para o ensino de Enfermagem e buscar esclarecer questões através da pesquisa em Enfermagem.

Neste bloco temático ainda foi possível ressaltar que, dentre os conteúdos de suas u. c. e., houve referência ao PE como fundamental para a qualificação do cuidado prestado ao paciente e a comunidade. A aplicação do PE proporciona o enfermeiro a possibilidade de prestação de cuidados individualizados centrada nas necessidades humanas básicas ou em outro referencial teórico, no âmbito da assistência. Ele também pode nortear as tomadas de decisão em diversas situações experimentadas pelo enfermeiro, enquanto gerente da equipe de Enfermagem. Assim, o PE organiza a assistência de Enfermagem e deve ser incorporado na prática profissional como meio para alcançar a maior finalidade da Enfermagem, ou seja, prestar

atendimento digno, sensível, competente e resolutivo, de modo a contribuir para a melhoria da situação de saúde da população.

3.6. BLOCO TEMÁTICO IV. SISTEMAS INFORMATIZADOS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O quarto bloco temático é formado pela análise Alceste na classe 7. Esta categoria possui 1135 u.c.e., 20,99 % do corpus e 123 palavras analisadas. A estratégia de derivação possibilitou a definição do fenômeno de interesse deste estudo - PE fornecendo assim, uma classificação funcional do fenômeno de interesse. No que se refere à estratégia de síntese, sua operacionalização permitiu estabelecer o relacionamento entre os diferentes elementos que constituem o PE e os sistemas informatizados de documentação da assistência ao paciente. Esta relação entre o PE e os sistemas informatizados permite acompanhar as condições de saúde, favorece a avaliação do cuidado prestado e identifica as ações dos profissionais da equipe de saúde em suas respectivas áreas de conhecimento, incluindo os profissionais da Enfermagem.

Neste bloco temático evidencia-se que, de modo abrangente, os estudos selecionados pelo Alceste para compor a classe 7 descrevem o avanço da tecnologia, o desenvolvimento e a inserção dos prontuários eletrônicos nos serviços de saúde nos cenários hospitalares. Este bloco temático contribuiu para uma nova forma de olhar para os registros, destacando-se os estudos sobre os diversos sistemas informatizados nos serviços de saúde nacionais e internacionais, a evolução dos registros nos prontuários eletrônicos e os sistemas de classificações internacionais das práticas da Enfermagem, o que facilitou a avaliação da interface das anotações e dos registros com a prática dos enfermeiros.

Houve referência nos estudos que abordam os sistemas informatizados dos serviços de saúde, a introdução dos registros das etapas do PE e dos sistemas da CIPE e/ou de outras classificações da prática de Enfermagem nos prontuários eletrônicos. Este bloco é composto pela classe 7 e dois grupos temáticos que foram denominados da seguinte forma: Grupo Temático XII. Sistemas Informatizados de documentação de enfermagem e, o Grupo Temático XIII. Sistemas de Classificações das Práticas de Enfermagem.

3.6.1 CLASSE 7. Sistemas informatizados dos registros de enfermagem nos prontuários

Os aspectos operacionais desta classe caracterizam-se por serem constituídos por 256 formas reduzidas de palavras plenas, incluindo todas as variáveis de identificação e a caracterização da amostra do estudo. Desta, foram selecionadas 70 formas reduzidas, considerando-se o $\chi^2 > \text{ou} = 34$. Estas formas reduzidas representam 123 palavras mais características distribuídas nas 1.135 de u.c.e. que compuseram os recortes com os enunciados dos discursos analisados, extraídos dos textos que compõem a classe. As variáveis associadas a esta classe foram número e tipo de estudo, tema, instituição de publicação, país e estado do autor principal e ano de publicação, conforme apresentado no quadro 21 apresentado, a seguir, que mostra as variáveis de identificação e caracterização associadas a esta classe, com seus respectivos dados estatísticos.

QUADRO 21. VARIÁVEIS DE IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO ASSOCIADA À CLASSE 7. RIO DE JANEIRO, 2015.

Variáveis	Forma reduzida	χ^2	f corpus	f classe	% classe
Número do texto / Tipo de estudo	*tex81_art_pesq	298	83	81	98%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex82_art_rev	286	75	75	100%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex86_art_pesq	246	81	74	91%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex78_art_pesq	219	85	73	86%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex87_art_pesq	210	60	58	97%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex80_art_pesq	169	63	55	87%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex50_rel_exp	150	58	50	86%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex72_art_pesq	147	55	48	87%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex76_art_pesq	142	62	51	82%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex67_art_rev	132	71	54	76%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex75_art_pesq	104	74	51	69%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex89_art_refl	70	32	26	81%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex77_art_pesq	61	55	35	64%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex92_art_rev	38	47	27	57%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex73_art_pesq	30	55	28	51%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex108_art_pesq	24	35	19	54%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex88_art_pesq	20	35	18	51%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex24_art_rel_exp	16	66	27	41%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex93_art_pesq	10	32	14	44%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex83_art_pesq	12	33	15	45%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex64_art_pesq	7	60	21	35%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex105_art_pesq	4	24	9	38%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex60_art_pesq	3	48	15	31%

Variáveis	Forma reduzida	x ²	f corpus	f classe	% classe
Número do texto / Tipo de estudo	*tex71_art_pesq	2	50	15	30%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex52_art_pesq	2	20	7	35%
Tema	*sist_clas_prat_pe	681	417	296	71%
Tema	*regist_pe	215	133	96	72%
Tema	*qualid_assist_pe	194	110	82	75%
Tema	*etapas_pe	72	337	132	39%
Tema	*sust_teorica_pe	61	55	35	64%
Tema	*registr_pe	60	708	227	32%
Instituição de publicação	*jan	538	156	149	96%
Instituição de publicação	*jcn	451	196	160	82%
Instituição de publicação	*snccs	273	140	108	77%
Instituição de publicação	*elsevier	273	116	96	83%
Instituição de publicação	*apha	169	63	55	87%
Instituição de publicação	*rcn	70	32	26	81%
Instituição de publicação	*icn	30	55	28	51%
Instituição de publicação	*jncq	147	55	48	87%
Instituição de publicação	*UFSC	23	160	58	36%
Instituição de publicação	*sibis	20	35	18	51%
Instituição de publicação	*nandaint	2	50	15	30%
Instituição de publicação	*unc	15	98	36	37%
País / Estado do autor principal	*Inglaterra	538	156	149	96%
País / Estado do autor principal	*reinounido	527	228	186	82%
País / Estado do autor principal	*Irlanda	298	83	81	98%
País / Estado do autor principal	*aut_alemanha	298	83	81	98%
País / Estado do autor principal	*aut_suíça	286	75	75	100%
País / Estado do autor principal	*EUA	277	223	146	65%
País / Estado do autor principal	*Suécia	273	140	108	77%
País / Estado do autor principal	*aut_taiwanês	246	81	74	91%
País / Estado do autor principal	*aut_suecia	219	85	73	86%
País / Estado do autor principal	*aut_tailandês	210	60	58	97%
País / Estado do autor principal	*aut_filadelfia	169	63	55	87%
País / Estado do autor principal	*aut_eua	147	55	48	87%
País / Estado do autor principal	*aut_suécia	142	62	51	82%
País / Estado do autor principal	*aut_filandia	104	74	51	69%
País / Estado do autor principal	*aut_ingles	70	32	26	81%
País / Estado do autor principal	*aut_finlandia	61	55	35	64%
País / Estado do autor principal	*aut_esp	30	55	28	51%
País / Estado do autor principal	*bras_sc	23	160	58	36%
País / Estado do autor principal	*aut_espanha	22	127	48	38%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_sc	18	356	106	30%
País / Estado do autor principal	*Turquia	12	33	15	45%

Variáveis	Forma reduzida	χ^2	f corpus	f classe	% classe
País / Estado do autor principal	*aut_iraniano	12	33	15	45%
País / Estado do autor principal	*aut_colombia	10	146	46	32%
País / Estado do autor principal	*Colômbia	2	181	46	25%
Ano de publicação	*2001	180	317	161	51%
Ano de publicação	*2004	124	217	111	51%
Ano de publicação	*2003	82	284	120	42%
Ano de publicação	*2006	9	308	85	28%
Ano de publicação	*2002	8	298	82	28%
Ano de publicação	*2007	15	177	58	33%
Idioma	*inglês	1825	996	705	71%

Os 25 textos selecionados pelo Alceste nesta classe receberam as seguintes siglas: *tex81_art_pesq., *tex82_art_rev, *tex86_art_pesq, *tex78_art_pesq, *tex87_art_pesq, *tex80_art_pesq, *tex50_rel_exp, *tex72_art_pesq, *tex76_art_pesq, *tex67_art_rev, *tex75_art_pesq, *tex89_art_refl, *tex77_art_pesq, *tex92_art_rev, *tex73_art_pesq, *tex108_art_pesq, *tex88_art_pesq, *tex24_art_rel_exp, *tex93_art_pesq, *tex83_art_pesq, *tex64_art_pesq, *tex105_art_pesq, *tex60_art_pesq, *tex71_art_pesq e *tex52_art_pesq. Este bloco temático caracteriza-se por saberes, produzidos nos seguintes países: Inglaterra, Reino Unido, Irlanda, Alemanha, Suíça, Estados Unidos e a Suécia, que foram publicados predominantemente no idioma inglês, nos anos 2001, 2002, 2003, 2004, 2006 e 2007.

Quanto as variáveis tipo de estudo observa-se que a classe foi composta por artigos de pesquisa, artigos de revisão, artigos de reflexão e artigo de relato de experiência. O local de publicação foi, em sua maior parte, em periódicos internacionais, predominantemente, no idioma inglês. O que caracterizou o saber desta classe foram os diversos aspectos dos sistemas informatizados na documentação de enfermagem, utilização das classificações internacionais das práticas de Enfermagem nos sistemas de saúde e os aspectos éticos e legais que estão relacionados aos registros informatizados nos serviços. Estas variáveis foram organizadas segundo o valor de χ^2 apresentado, em ordem decrescente.

As formas reduzidas das palavras plenas, que definem este contexto semântico ou grupo temático apresentam relação associativa no campo enunciativo que caracteriza esta classe. O contexto semântico das formas reduzidas de palavras plenas, com maiores valores de χ^2 expressa um panorama geral da classe em relação aos seus conteúdos. A seguir, no quadro 22 são apresentadas as formas reduzidas das palavras plenas com maiores valores de χ^2 , o que expressa um panorama geral da classe em relação aos seus conteúdos e às frequências destas formas nos corpos de análise e na classe, com seus respectivos contextos semânticos e palavras plenas.

QUADRO 22. FORMAS REDUZIDAS DE PALAVRAS PLENAS ASSOCIADA À CLASSE 7. RIO DE JANEIRO, 2015

Forma Reduzida	x ²	f corpus	f classe	% classe	Palavras Plenas e Contexto Semântico
document+	461	275	199	72%	Documenta (2) documentação (202) documentada (1) documentado (2)
sistem+	381	245	173	71%	Sistema (153) sistemas (50) sistêmica (1) sistêmicas (1)
classific+	324	144	117	81%	Classifica (1) classificação (133) classificada (1) classificado(5) classificam(1)
cuidados+	310	376	213	57%	Cuidados (247)
computador+	266	77	74	96%	Computador (65) computadores (20)
intervencoes_de_enf	179	96	73	76%	Intervenções de enfermagem (77)
intervenc+	166	153	96	63%	Intervenção (23) intervenções (95)
resultados	165	338	164	49%	Resultados (182)
informatiz+	138	46	42	91%	Informatização (10) informatizada (9) informatizado (25)
base+	136	303	144	48%	Base (93) baseada (19) baseado (37) basear (2) baseia (2) bases (5)
Nic	131	44	40	91%	Nic (45)
Nanda	131	59	48	81%	Nanda (49)
plano+	125	119	74	62%	Plano (39) planos (47)
internacional+	125	102	67	66%	Internacional (79) internacionalmente (2)
efeito+	124	40	37	93%	efeito (23) efeitos (21)
diagnosticos_de_enf	118	254	122	48%	Diagnósticos de enfermagem (107)
Dados	115	244	118	48%	Dados (132)
Carga	110	47	39	83%	Carga (45)
Registros	104	221	107	48%	Registros (80)
avaliacoes	102	49	39	80%	Avaliações (44)
qualidade+	101	272	123	45%	Qualidade (143) qualidades (1)
est+	97	225	106	47%	Estação (1) estudos (115)
uso+	89	179	88	49%	uso (91) usos (1)
terminologia+	86	54	39	72%	Terminologia (21) terminologias (21)
avali+	83	396	154	39%	Avalia (5) avaliação (88) avaliado (2) avaliam (2) avaliando (3) avaliar(20) avaliao(1)
fornece+	83	78	49	63%	Forneça (4) fornece (20) fornecem (10) fornecer (16) forneceu (1)
exemplo+	82	91	54	59%	Exemplo (49) exemplos (7)
diagnosticos	80	54	38	70%	Diagnósticos (40)
resultados_de_enfer	76	25	23	92%	Resultados de enfermagem (24)
pacient+	74	947	297	31%	Paciente (179) pacientes (62)
enferm+	72	1856	510	27%	Enfermagem (503) enfermeiros (221)
auditor+	69	54	36	67%	Auditores (2) auditoria (23) auditorias (13)
eletron+	64	26	22	85%	Eletrônica (3) eletrônicas (3) eletrônico (9) eletrônicos (9)

Forma Reduzida	x ²	f corpus	f classe	% classe	Palavras Plenas e Contexto Semântico
escrit+	62	41	29	71%	Escrita (14) escritas (3) escrito (12)
pratica_de_enfermag	61	85	47	55%	Pratica de enfermagem (54)
suec+	59	18	17	94%	Sueca (2) suecas (1) Suécia (14) sueco (2)
apoi+	56	105	53	50%	Apoia (2) apoiada (4) apoiado (5) apoiam (3) apoiar (10) apoio (32)
taxonom+	56	41	28	68%	Taxonomia (16) taxonomias (13) taxonômicos (1)
praticas_de_enferma	56	24	20	83%	Praticas de enfermagem (25)
computadorizado+	55	17	16	94%	Computadorizado (14) computadorizados (5)
classificacao_inter	54	19	17	89%	Classificação internacional (1) classificação internacional de enfermagem (18)
departamento+	53	14	14	100%	Departamento (9) departamentos (7)
padr+	50	66	37	56%	Padrão (19) padrões (23)
crianca+	50	20	17	85%	Criança (18) crianças (1)
adicion+	50	18	16	89%	Adicionada (2) adicionado (2) adicionais(6) adicional(2) adicionando(2)
problema+	50	278	105	38%	Problema (22) problemas (100)
padroniz+	50	48	30	63%	Padronização (6) padronizada (6) padronizado (11) padronizar (7)
Vips	49	13	13	100%	Vips (14)
test+	49	22	18	82%	Testa (1) testado (1) testagem (2) testar (1) teste (7) testes (5) testou (1)
acess+	49	26	20	77%	Acessado (1) acessar (2) acessível (5) acesso (12)
sistema_de_classifi	47	17	15	88%	Sistema de classificação (12)
enfermaria+	46	23	18	78%	Enfermaria (3) enfermarias (18)
noc+	43	37	24	65%	Noc (22) noção (2)
fonte+	43	26	19	73%	Fonte (13) fontes (7)
compar+	43	37	24	65%	Comparação (15) comparada (1) comparado (2) comparando (1) comparar (5)
planos_de_cuidado+	43	16	14	88%	Planos de cuidados (14)
critérios+	42	40	25	63%	Crítérios (25)
pre_requisito+	42	18	15	83%	pré-requisito (7) pré-requisitos (10)
inclu+	40	75	38	51%	Inclua (1) incluem (8) incluía (1) incluimos (1) incluir (6) incluíram (2) incluisse (1)
indicadores	40	29	20	69%	Indicadores (20)
list+	39	23	17	74%	lista (16) listado (1) listagem (2) listas (1)
etiolog+	39	15	13	87%	Etiologia (8) etiologias (4) etiológicos (1)
estatisticamente	39	15	13	87%	Estatisticamente (13)
indic+	37	92	43	47%	Indica (6) indicado (2) indicam (10) indicando (2) indicar (5) indicaram(5)
Usados	36	12	11	92%	Usados (11)
relatorio+	36	24	17	71%	Relatório (7) relatórios (11)
clinic+	34	143	58	41%	Clinica (33) clinicas (18) clinico (13)
inform+	34	140	57	41%	Informação (52) informar (6) informou (1)
Clínicos	34	27	18	67%	Clínicos (19)
introducao	34	27	18	67%	Introdução (18)

As palavras e variáveis mais significativas desta classe foram apresentadas no quadro 23, através da utilização do corte gerado pelo Alceste a partir do $x^2 > \text{ou} = 246$.

QUADRO 23. PALAVRAS E VARIÁVEIS MAIS SIGNIFICATIVAS DA CLASSE 7. RIO DE JANEIRO, 2015

Palavras ou variáveis	x^2	Total	Porcentagem
*ingles	1825	996	71%
*sist_clas_prat_pe	681	417	71%
*jan	538	156	96%
*inglaterra	538	156	96%
*reinounido	527	228	82%
document+	461	275	72%
*jcn	451	196	82%
sistem+	381	245	71%
classific+	324	144	81%
cuidados+	310	376	57%
*irlanda	298	83	98%
*aut_alemanha	298	83	98%
*tex81_art_pesq	298	83	98%
*aut_suiça	286	75	100%
*tex82_art_rev	286	75	100%
*eua	277	223	65%
*snccs	273	140	77%
*suecia	273	140	77%
*elsevier	273	116	83%
computador+	266	77	96%
*aut_taiwanês	246	81	91%

Nos quadros 22 e 23 as formas reduzidas das palavras plenas com maior poder de associação estatística e com valores de x^2 mais significativos da classe 7, com valor acima de 100 foram: document+, sistem+, classific+, cuidados+, computador+, intervencoes_de_enf, intervenc+, resultados, informatiz+, base+, nic, nanda, plano+, internacional+, efeito+, diagnosticos_de_enf, dados, carga, registros, avaliações, qualidade+ e est+. As formas reduzidas que apresentaram maiores frequências de aparecimento no bloco temático desta classe foram: enferm+ (1856), pacient+ (947), avali+ (396), cuidados+ (376), resultados (338), base+ (303), problema+n (278) e document+ (275).

As formas reduzidas de palavras plenas que apresentam presenças significativas e x^2 maiores que 100 % na classe 7 expressam um contexto semântico com um grau de associação entre elas, o que tornou possível estabelecer uma ideia geral dos conteúdos apresentados nesta classe. Ou seja, neste caso, o conteúdo das u.c.e. define o contexto semântico, ou seja o campo da forma reduzida. Ao comparar os valores do x^2 das palavras e variáveis mais significativas da classe 7 com o valor da porcentagem para as variáveis *número, ano, tipo de artigos, periódico, idioma, nacionalidade dos autores e tema*, observa-se, no quadro 23, que os textos 82 e 81 obtiveram uma porcentagem de 100% e 98 %, respectivamente.

O primeiro texto, o texto 82, foi publicado no ano de 2006, na Inglaterra, pelo periódico JAN, no idioma inglês, por autores suíços e atingiu 100 %. O tema central desse estudo foi o uso dos sistemas de classificações da prática de enfermagem. Suas conclusões apontaram que, apesar de os DE serem registrados nos sistemas eletrônicos pelos enfermeiros, se observa a falta de precisão na documentação, quanto à forma de registro do DE e à falta de coerência no uso de terminologias para o diagnóstico padronizado, intervenção e resultado. Ficou evidente a necessidade premente de melhorar esta atividade. Um dos aspectos deste destaque está pautado no fato de que a lei suíça afirma que apenas são reembolsados os custos dos serviços cientificamente comprovados e os registros eletrônicos são um meio de contribuir para a visibilidade e valorização financeira das atividades da prática de enfermagem.

O texto que mereceu destaque com 98% para as variáveis e palavras mais significativas foi o texto 81, um artigo de pesquisa de autores alemães, publicado no periódico eletrônico Elsevier, na Irlanda, em inglês. Este estudo difere do anterior porque aborda os pré-requisitos específicos para documentação eletrônica do PE como um todo, enfatizando questões de aceitação do PE informatizado e questões técnicas e organizacionais do sistema de documentação. Assim, os grupos de formas reduzidas de palavras plenas têm maior grau de associação entre si, reúnem uma ideia ou um sentido, caracterizando subtemas presentes neste grupo.

A análise dos dados e dos conteúdos semânticos do quarto bloco temático apontou os subtemas: sistemas informatizados de documentação; sistemas de classificações das práticas de enfermagem nos serviços de saúde como um dos indicadores para avaliação do cuidado de enfermagem prestado, padronização das classificações da taxonomia da NANDA, NIC e NOC e do Sistema Internacional de Classificações das Práticas de Enfermagem nos serviços de saúde. A figura 11 apresentada, a seguir, mostra a Classificação Ascendente Hierárquica (CHA) da classe 7, na qual se observa este grau de associação entre as palavras significativas e os contextos semânticos.

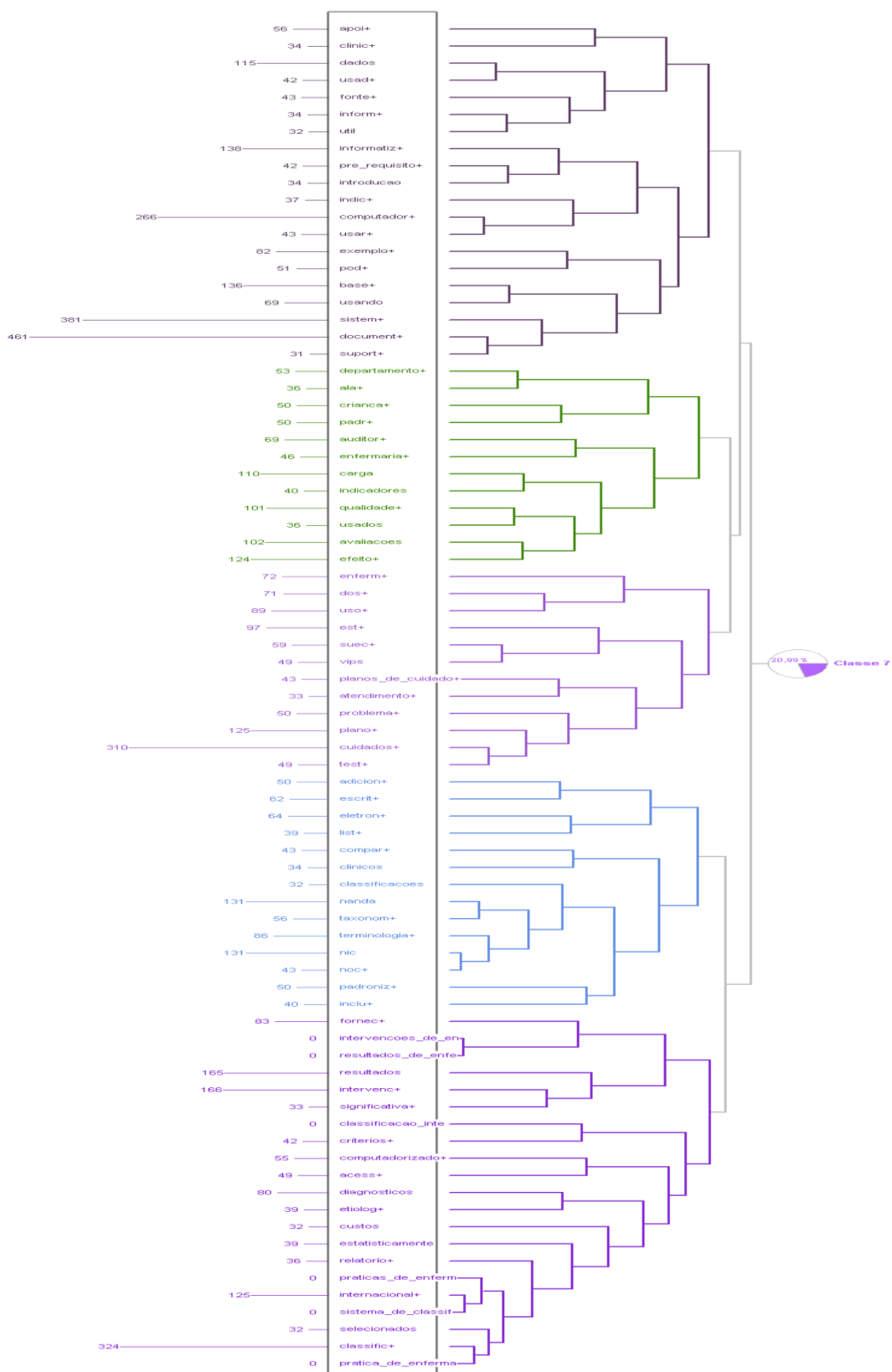


FIGURA 11. CLASSIFICAÇÃO ASCENDENTE HIERÁRQUICA DA CLASSE 7. RIO DE JANEIRO. 2015

Os agrupamentos de formas reduzidas observados na CHA desta figura permitiram o resgate dos conteúdos das u.c.e. e o entendimento dos sentidos neles contidos, possibilitando, assim, a exploração de seus conteúdos e sua nomeação. Desta forma, o bloco temático 4 apontou os subtemas: sistemas informatizados de documentação de enfermagem; sistemas de classificações das práticas de enfermagem nos serviços de saúde, como um dos indicadores para avaliação do cuidado de enfermagem prestado nas unidades de saúde, padronização das classificações da taxonomia da NANDA, NIC e NOC e sistema internacional de classificações das práticas de enfermagem nos serviços de saúde. Em seguida, no quadro 24, relativo ao Bloco Temático 4, são denominados sua classe e seus subtemas, a partir dos vocábulos de maior representatividade destacados na CHA, já apresentado.

QUADRO 24. VOCÁBULOS DE MAIOR REPRESENTATIVIDADE QUANTO AOS SISTEMAS INFORMACIONAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE. CLASSE 7. RIO DE JANEIRO, 2015

Classe 7. Tema: SISTEMAS INFORMATIZADOS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.	
GRUPO TEMÁTICO XII. SISTEMAS INFORMATIZADOS DE DOCUMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM	
Subtema: Sistema informatizado como suporte à documentação e abordagem clínica.	Apoio, clínico, dados, usado, fonte, informação, útil, informatizado, pré-requisito, computador, usar, base, sistema, documentação, suporte
Subtema: Indicadores para avaliação do cuidado de enfermagem	Departamento, ala, criança, padronização, auditoria, enfermaria, carga, indicadores, qualidade, usados, avaliações, efeito,.
Subtema: Sistemas padronizados para os cuidados de enfermagem	Enfermagem, uso, estudos, suecos, Vips, plano de cuidado, atendimento, problematização, plano, cuidado, testes
GRUPO TEMÁTICO XIII. SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÕES DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM	
Subtema: Classificação internacional das práticas de enfermagem nos serviços de saúde	Intervenções, resultados de enfermagem, significativa, classificação internacional, critérios, computadorizado, acesso, diagnósticos, etiologia, custos, práticas de enfermagem, internacional, sistema de classificação, classificação, prática de enfermagem.
Subtema: Padronização das classificações da taxonomia da NANDA, NIC e NOC	Adiciona, inclusão, escrita, eletrônica, lista, comparação, clínicos, classificações, NANDA, taxonomias, NIC, NOC, padronização.

A análise das formas reduzidas das palavras juntamente com as formas plenas das palavras e o conteúdo das u.c.e. possibilitou o delineamento de uma configuração do campo da classe, a partir da identificação das relações entre os diferentes elementos (palavras plenas) que compõem a formação discursiva das u.c.e., determinando, assim, novos contextos semânticos organizados nos dois grupos temáticos, analisados, denominados como: Grupo temático XII. Sistemas informatizados de documentação e Grupo temático XIII. Sistemas de classificações das práticas de enfermagem.

3.6.1.1 Grupo Temático XII. Sistemas informatizados de documentação

Nas últimas décadas os avanços tecnológicos têm sido motivo das preocupações nas organizações mundiais de saúde, com os custos, a qualidade e segurança do paciente, o que fez com que surgissem metas internacionais a serem alcançadas em relação a estes aspectos por parte de agentes federais, corporações regulamentadoras e organizações públicas e privadas prestadoras de assistência de saúde. Com esta finalidade, foram desenvolvidos diversos sistemas de informação em saúde úteis para agentes determinantes de políticas, provedores e consumidores, com o fim de garantir a avaliação da qualidade e efetividade os serviços de assistência de saúde (MOORHEAD et al., 2010)

A informação organizada e disponibilizada para o profissional de saúde permite o gerenciamento dos serviços de saúde, das atividades de auditoria nas instituições como também, a negociação e a tomada de decisão. Para isto, torna-se necessário desenvolver sistemas adequados que permitam a gestão de forma harmoniosa dessas informações. (PEREIRA et al., 2011).

No Brasil observa-se o aumento da necessidade de desenvolvimento de sistemas informatizados que atuem como ferramentas para facilitar todo o registro das atividades assistenciais dos profissionais da equipe de saúde e da enfermagem nas instituições de saúde. Dentre as tecnologias de informação desenvolvidas para a área da saúde podem ser destacadas, por exemplo: softwares para auditoria e controle de serviços voltados para os gestores, software com prescrições médicas padronizadas, softwares para procedimentos de autocuidado, softwares educacionais para o desenvolvimento e avaliação de procedimentos assistenciais, software para o desenvolvimento da assistência sistematizada de Enfermagem contendo todas as etapas do PE, software com as taxonomias internacionais, dentre outros.

Assim, as palavras: *pré-definição, itens, problemas de enfermagem, objetivos tarefas, planos de cuidado, combinação, problemas, objetivos ações, qualidade da assistência* ou *atendimento, equipe de enfermagem, auditoria, registros, avaliar a qualidade, qualidade real dos cuidados e enfermagem*, bem como as u.c.e. apresentadas, a seguir, destacam alguns aspectos para o uso da informatização nos registros de Enfermagem:

*Uma condição essencial para a introdução da documentação do PE baseado em sistemas informatizados é a **pré-definição de itens** que descrevem os **problemas de enfermagem, objetivos e tarefas** e de **planos de cuidados** de enfermagem como uma **combinação de problemas, objetivos e ações**. Toda a **documentação** pode, então, ser feita com **base** naqueles catálogos. Eles podem, assim, ser vistos como um passo para a gestão dos serviços e para avaliar a **qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem** (u.c.e.: 5496, Classe: 7, Khi²: 30, texto 81).*

*Na Suécia, na auditoria, o registro manual para avaliar a **qualidade do atendimento** nos serviços de saúde tem sido **utilizado** apenas de **forma limitada**. **Instrumentos informatizados para auditoria dos registros** têm sido desenvolvidos, principalmente, com o **objetivo de avaliar a qualidade do registro**, não a **qualidade real dos cuidados de enfermagem** (u. c. e.: 5222, Classe: 7, Khi²: 25, texto 78).*

Quanto ao desenvolvimento de sistemas informatizados para a saúde, o prontuário eletrônico destaca-se como uma ferramenta tecnológica que tem demonstrado permitir acesso imediato às informações. Ele é considerado instrumento fundamental para a organização e avaliação dos serviços prestados pelas instituições de saúde, por conta de suas diversas finalidades, tais como: padronizar e organizar, de maneira concisa e sistematizada, os dados relativos a cada paciente, otimizando a assistência prestada por todos os membros da equipe de saúde (SOUZA; SANTOS, 2009).

Neste sentido, na organização dos serviços de saúde, com o crescente aumento da quantidade e velocidade das informações, exige-se estratégias para maximizar os recursos, diminuir os custos e melhorar a qualidade das informações sobre a assistência de prestada ao paciente, o que torna necessária a evolução tecnológica para otimizar o tempo dos profissionais de saúde, em especial, dos profissionais de Enfermagem (AZEVEDO et al., 2012).

O uso sistemático dos registros dos procedimentos realizados e dos resultados obtidos com este cuidado é utilizado para avaliar a assistência de saúde. Este uso iniciou-se quando Florence Nightingale registrou e analisou as condições de assistência de saúde e os resultados dos cuidados prestados aos pacientes durante a guerra da Crimeia. Desde então, as várias tentativas para identificar, medir e utilizar os resultados do paciente na avaliação da prestação de assistência têm sido esporádicas, muitas vezes, específicas de cada disciplina e, geralmente focadas na prática médica.

Atualmente, tem havido uma crescente necessidade de melhorar a qualidade dos registros de Enfermagem com informações mais completas, para que estas realmente contenham dados sobre os cuidados que foram realizados junto ao paciente, o que garante que os registros efetuados sejam parâmetros confiáveis para o alcance de níveis de excelência assistencial.

Lima e Santos (2015) concordam que todo esse avanço tecnológico traga como consequência uma grande quantidade de informações o que faz com que as novas estratégias de captação, armazenagem e utilização do conhecimento gerado sejam essências. Nos serviços de saúde, a grande parte das informações é realizada pela equipe de Enfermagem, pois no seu processo de trabalho, durante 24 horas de assistência ao paciente, ou seja, nos três turnos de trabalho, são gerados a todo o momento, dados decorrentes das atividades assistenciais e

gerenciais. Por isso, os registros de informações sobre a prática assistencial de enfermagem representam uma ferramenta fundamental e um dos principais recursos para avaliação da produtividade e do desempenho individual e coletivo na Enfermagem.

Diversos estudos nacionais e internacionais descrevem as experiências sobre a implantação dos sistemas informatizados nos diferentes serviços de saúde. As palavras: *modelo, modelos conceituais, estruturação informatizada, classificações da prática de enfermagem, documentação, cuidados, enfermagem, dados, sistema e documentação*, bem como as u.c.e. apresentadas a seguir mostram a contribuição significativa dos recursos de informática para a assistência de enfermagem:

*O desenvolvimento do **modelo** de PE **começou** nos Estados Unidos, na década de sessenta, simultaneamente, com o desenvolvimento de **modelos conceituais** de enfermagem, a **estruturação informatizada** das **classificações da prática de enfermagem** e da **documentação dos cuidados de enfermagem**. (u.c.e: 5144, Classe: 7, Khi²: 21, texto 77).*

*Na Noruega, o conselho norueguês de saúde recomenda **usar a estrutura** do PE informatizado ao **documentar** os **dados** de **enfermagem** e tem **apoiado** a introdução do **sistema baseado** no processo [em todas as instituições de saúde] (u.c.e: 5156, Classe: 7, Khi²:26, texto 77).*

*Este estudo **sugere** um caminho para desenvolver e implementar um **sistema de documentação informatizado** de **enfermagem**, em chinês, mais fácil de usar baseado em uma **estrutura** já existente nos **sistemas informatizados** adotados nas casas de repouso (u.c.e: 5993, Classe: 7, Khi²: 21, texto 87).*

A adoção do prontuário eletrônico possibilitou a introdução rápida de dados, ajudando a reduzir erros e padronizando os planos de cuidados, de modo que os maiores beneficiados por esse sistema sejam os profissionais de enfermagem, pois são responsáveis pela maioria das informações contidas no prontuário do paciente. (SILVA; ÉVORA; CINTRA, 2015). Pode-se afirmar ainda que os recursos computacionais têm sido utilizados como uma alternativa no apoio ao desenvolvimento do PE, oportunizando integrá-lo em uma estrutura lógica de dados, informação e conhecimento para a tomada de decisão do cuidado sistematizado (LAHM; CARVALHO, 2015).

Os prontuários eletrônicos ficam mais acessíveis, legíveis e os dados mais fáceis de serem recuperados, melhoram a eficiência e a qualidade dos cuidados e a velocidade da comunicação e evitam duplicação de informações. A esse respeito, o registro informatizado em enfermagem torna-se uma ferramenta valiosa para o enfermeiro, na medida em que padroniza o registro das informações, facilita o preenchimento dos diversos formulários do serviço, minimiza os erros, elimina rasuras, reduz o tempo gasto com as atividades burocráticas, facilita o julgamento clínico, a tomada de decisão clínica e gerencial e a continuidade na assistência (BORSATO et al., 2011).

As palavras significativas: *apoio, sistema, usar, base, documentação, dados, informatizada, modelo, usado e avaliação* e as u.c.e. que apontam esta direção são apresentadas, a seguir:

*Tem havido muitas tentativas para **apoiar** o PE utilizando sistemas baseados na **documentação informatizada**. O objetivo é reduzir **esforços de documentação**, para aumentar a **qualidade da documentação** e permitir a reutilização de **dados** para **gestão de enfermagem** e pesquisa em **enfermagem** (u.c.e.: 5477, Classe: 7, Khi²: 39, texto 81).*

*Um PE **baseado** no **sistema informatizado** de **documentação** foi selecionado e introduzido com **sucesso** em quatro enfermarias piloto e em três departamentos. Alguns **resultados** da nossa **avaliação dos estudos** randomizados da primeira ala do estudo piloto já foram publicados e a **avaliação** das outras três alas ainda está em curso (u.c.e.: 5482, Classe: 7, Khi²: 29, texto 81).*

*Na **documentação** [eletrônica] o modelo utilizado pela maioria dos **registros de enfermagem** na Suécia hoje é o **modelo vips**. Este modelo é concebido por uma **estrutura sistemática** e a **documentação de enfermagem** consiste de dois níveis de palavras chave; [o primeiro nível corresponde ao PE e o segundo nível, com palavras-chave específicas para realização do HE e intervenções de enfermagem] (u.c.e.: 5077, Classe: 7, Khi²: 26, texto 76).*

Neste contexto, afirmam Lima e Santos (2015), que dentre as diversas maneiras para aprimorar cuidado de enfermagem, pode-se apontar a utilização da tecnologia da informação e a implementação da SAE. Tais ferramentas tecnológicas são indispensáveis para a prática de enfermagem nos dias atuais. É provável que a efetivação da SAE possa ser promovida e facilitada com a utilização dos recursos da tecnologia da informação, como a inserção dos prontuários eletrônicos, contendo protocolos específicos para a sistematização da assistência nos serviços de saúde.

Ao abordar o PE por meio do prontuário eletrônico fica subtendido que a base de dados dos registros de Enfermagem permeia todas as suas fases, devendo ser anotadas no prontuário do paciente as informações completas, desde o histórico, exame físico, diagnósticos de Enfermagem, prescrição da assistência, até a evolução e avaliação de Enfermagem. As u. c. e. e as palavras *informação, base, documentação e suporte*, a seguir, abordam esta questão:

*O principal objetivo do PE eletrônico é descrever o que os enfermeiros fazem, mas os atuais **sistemas de classificação** não são, no entanto, **suficientes** para representar **todos** os aspectos da **enfermagem** e seus **sistemas de registros baseados** no **sistema de informação e de atividades**. De acordo com (...), a definição dos **padrões de enfermagem** para **documentação eletrônica** pressupõe uma **abordagem** orientada para a **descrição das atividades** e tarefas realizadas **durante toda assistência prestada** pela enfermeira (u.c.e.: 5149, Classe: 7, Khi²: 28, texto 77).*

*Na Islândia, na **documentação** como **base e suporte** para o PE, [todas as fases], inclusive a fase do **diagnóstico de enfermagem**, que tem sido utilizada desde mil novecentos e noventa um. Os diagnósticos de enfermagem são importantes para **orientar** os enfermeiros na **seleção de cuidados mais relevantes** e nas **intervenções de enfermagem** (u.c.e.: 5157, Classe: 7, Khi²: 26, texto 77).*

Entretanto, para que os registros de Enfermagem sejam reconhecidos como instrumentos para a organização do trabalho e facilitadores para a implantação e implementação do PE, os profissionais de Enfermagem precisam compartilhar tais ideias, ou seja, a vontade de realizar seus registros de forma sistematizada. Para isso, os sistemas de informação e os prontuários eletrônicos precisam ser selecionados e programados desde o início do processo de implantação, com a participação efetiva dos membros da equipe, com a introdução de todos os dados que permeiam a assistência de Enfermagem, para que quando estes estiverem sendo utilizados nos setores, eles já possam estar familiarizados com os bancos de dados e motivados para o seu uso diário durante a assistência.

Este aspecto esteve presente nos estudos deste grupo temático e nas palavras mais significativas: *estudos, uso, linguagem, avaliação, cuidados, incluir, definido, equipe, profissionais de enfermagem e computador* conforme as u.c.e. apresentadas em seguida:

*[Este projeto de sistemas pode exigir diferentes fases na sua organização,] tanto quanto a funcionalidade da elaboração de **terminologia de enfermagem diferente e específica** como, por exemplo, os **planos de cuidados** predefinidos. Para evitar conflitos, os objetivos dos sistemas devem ser discutidos e previamente definidos pelos gestores e chefes dos serviços. Depois que os objetivos estão claros e forem selecionados em **comum acordo por todos os envolvidos**, não se deve esquecer de informar e **incluir os profissionais de enfermagem**, como também os médicos, psicólogos e demais **profissionais da equipe de saúde** (u.c.e.: 5535, Classe: 7, Khi²: 24, texto 81).*

*Antes da **introdução do sistema de documentação informatizada ser utilizado**, certa quantidade de **itens de enfermagem**, como, **problemas, objetivos, ações e planos de cuidados de enfermagem** devem ser preparados e **pré-definidos** pela **equipe** (u.c.e.: 5509, Classe: 7, Khi²: 22, texto 81).*

*As combinações típicas de **problemas, objetivos e tarefas** podem ser combinados e pré-definidos nos **planos de cuidados de enfermagem**, e mais tarde, durante o planejamento da assistência, estes itens **pré-definidos** com seus **padrões de saúde** podem ser selecionados e **adaptados** às necessidades **individuais** dos pacientes, adicionando ou removendo determinados itens do sistema (u.c.e.: 5490, Classe: 7, Khi²: 22, texto 81).*

*Fazer com que os usuários dos **sistemas informatizados** [profissionais da equipe de enfermagem] fiquem confortáveis com o **uso de uma linguagem** já conhecida por eles pode aumentar a **motivação para usar e avaliar o sistema informatizado**. Os **enfermeiros** não têm de gastar tempo aprendendo novas formas e percebem que podem ter o tempo economizado por não ter que escrever os **registros** manualmente (u.c.e.: 5893, Classe: 7, Khi²: 21, texto 88).*

Os registros devem ser realizados desde a admissão do paciente até sua alta, o que permite a continuidade do cuidado e a avaliação da assistência prestada. Ele reflete a responsabilidade legal das ações, favorece a continuidade dos cuidados prestados, a comunicação entre profissionais de saúde e de Enfermagem, a melhoria da qualidade assistencial e, a visibilidade com benefícios para o cliente, para o serviço e para a ciência da

Enfermagem. Contudo, como afirmam Silva, Nóbrega e Souto (2015, p. 1386), “o registro da prática profissional tem sido negligenciado e encarado como atividade meramente burocrática.” Nesta situação, o julgamento do enfermeiro acerca do estado de saúde do cliente e sua decisão sobre a assistência necessária deixam de ser visualizados, favorecendo a ausência do PE e a invisibilidade dessa profissão na atenção à saúde.

Para Azêvedo et al. (2012), a ausência de uma padronização destes registros é um dos fatores para a ausência de implantação do PE, pois sua sequência e avaliação só serão possíveis com a documentação de suas etapas, que devem estar claras e interligadas. A falta de uma padronização dos registros das etapas do PE, seja ela realizada por protocolos impressos ou informatizados, dificulta a compreensão de tais registros, por isso, torna-se fundamental e necessária a operacionalização sistematizada de todo o PE. As palavras significativas *registro*, *assistência a saúde*, *essencial*, *necessidade*, *urgente*, *recomendação*, *aumento*, *significativo*, *qualidade*, *diagnósticos*, *intervenções* e *padronizados*, bem como a u.c.e. apresentada descrevem estes aspectos:

O registro tem uma contribuição para a assistência à saúde e deve ser reconhecido como essencial para a enfermagem. (...) concluiu que existe uma necessidade urgente de uma investigação mais aprofundada do tema. Esta recomendação é apoiada por (...), que encontraram um aumento estatisticamente significativo na qualidade dos registros após a introdução de diagnósticos e intervenções padronizados (u.c.e.: 5604, Classe: 7, Khi²: 37, texto 82).

Pode-se afirmar, pelos estudos analisados, que inexistem dúvidas quanto a aplicação de PE e dos sistemas informatizados nos serviços de saúde e que ambos trazem vantagens e melhorias na atuação e no processo de trabalho do enfermeiro. Um dos maiores objetivos no desenvolvimento de qualquer sistema informatizado voltado para a área de saúde é satisfazer a necessidade de documentação e controle. Na área de Enfermagem especificamente, os avanços da informática visam também aumentar o tempo disponível do profissional para as atividades relacionadas ao cuidado, o que proporciona uma assistência mais humanizada (PALOMARES; MARQUES, 2010).

Rezende e Gaizinski (2008) ao pesquisarem sobre o tempo despendido no sistema de assistência de enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem destacaram que em estudo, desenvolvido sobre o registro da documentação de dados da enfermagem, houve um menor gasto de tempo na documentação realizada no computador quando comparado ao tempo despendido com a documentação realizada no papel, concluindo que com a documentação computadorizada houve menor tempo gasto com a documentação e maior tempo para o cuidado direto do paciente, além de fornecer maior eficiência e exatidão na documentação.

O conteúdo semântico e as palavras: *cuidado, cuidados, enfermagem, atendimento, avaliações, qualidade, sistemas, computadores, informatizados e indicadores*, bem como as u.c.e. mostradas reforçam estas afirmações:

A maioria dos estudos explorando o impacto dos computadores no domínio dos cuidados de saúde concentrou-se em atitudes positivas dos enfermeiros para uso do computador (u.c.e. : 5835, Classe: 7, Khi²: 21, texto 86).

Embora este estudo não incluisse medidas de qualidade de cuidados, o estudo indicou que a qualidade do atendimento foi consideravelmente melhor quando um sistema informatizado para a documentação de enfermagem era adotado (u.c.e. : 5969, Classe : 7, Khi²: 47, texto 87).

A associação significativa entre avaliações de qualidade dos registros informatizados e dos problemas do paciente sugere que as avaliações dos cuidados de enfermagem são congruentes com as avaliações sobre um importante indicador do produto desse cuidado (u.c.e.: 5452, Classe: 7, Khi² :37, texto 80).

Neste sentido, o registro ilegível interfere negativamente na interpretação de informações do prontuário, podendo levar a prejuízos, comprometer a segurança do cliente e a comunicação entre a equipe. Todo o registro realizado no prontuário do cliente constitui-se num documento legal. Logo deve ser escrito com letra legível, de forma que permita a compreensão do texto e da mensagem. As falhas de comunicação entre os membros da equipe podem prejudicar o usuário, acarretando uma descontinuidade da assistência (DINIZ et al., 2015). As palavras *qualidade, registros, anotações, avaliação, qualidade, enfermagem, auditoria e cuidados*, bem como a u.c.e. destacada, a seguir, enfatizam a qualidade do registro como essencial para a efetiva melhoria da assistência de enfermagem, durante atendimento nos serviços de saúde:

O instrumento utilizado foi baseado no pressuposto de que a boa qualidade dos registros reflete um atendimento com qualidade. Outros instrumentos antigos [com registro das anotações feitas de forma manual] embora incompletos ainda estejam em uso para avaliação da qualidade em enfermagem. Ambos os registros são usados, simultaneamente, nas auditorias baseadas nos cuidados prestados ao paciente (u.c.e.: 5219, Classe: 7, Khi²: 25, texto 78).

Na prática clínica existem dificuldades para se implantar e implementar os sistemas informatizados de sistematização da assistência de Enfermagem com todas as etapas do PE. Entretanto, o uso de *softwares específicos* para a operacionalização do PE vem sendo indicado como uma ferramenta capaz de contribuir para a implantação da SAE de forma mais rápida, precisa e completa, capaz de favorecer maior disponibilidade para os enfermeiros nas atividades assistenciais, proporcionando a este maior contato com seu pacientes e equipe multidisciplinar (FERREIRA et al., 2009; PALOMARES; MARQUES, 2010). Assim, as palavras significativas *objetivos, computador, documentadas, qualidade, esforços, dados documentados, enfermagem,*

comunicação, equipe e saúde e a u.c.e. mostrada destacam as vantagens da adoção do PE informatizado:

*Os **objetivos** da **introdução** do uso do **computador** devem ser **claros**. **Objetivos** típicos são, por exemplo; **umentar o número** de tarefas **documentadas** como **uma base** para a gestão de **enfermagem**, aumento da **qualidade** de **documentação** como **uma base na qualidade** de gestão **para reduzir** os **esforços dos** próprios enfermeiros para os registros, **umentar a reutilização de dados documentados** para a pesquisa de **enfermagem** ou **melhorar a comunicação** dentro da **equipe de profissionais de saúde** (u. c. e.: 5533, Classe: 7, Khi²: 35, texto 81).*

Neste sentido, Lima, Chianca e Tannure (2015) descrevem os *softwares* de computadores, que integram o produto mais essencial da nossa época: a informação. Eles podem funcionar como uma ferramenta de apoio aos serviços de enfermagem, por fornecer dados para a avaliação dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem, do registro da carga de trabalho da equipe de enfermagem, da evolução clínica e dos resultados obtidos com os pacientes.

Ao utilizar sistemas informatizados construídos a partir das etapas do PE, o enfermeiro passa a dispor de mais tempo para vivenciar as etapas do método científico aplicado a Enfermagem, o que acaba por favorecer a prática da comunicação terapêutica com o paciente e a equipe multidisciplinar, melhora do raciocínio crítico e da tomada de decisão. As palavras significativas: *coerência, intervenções, resultados, recomendação, estudos, intervenções, valorização, resultado* e, *enfermagem*, bem como as u.c.e. mostradas, a seguir, confirmam este ponto:

***Coerência** entre os diagnósticos de enfermagem, **intervenções** e o seu **efeito** sobre os **resultados**. Os **graus** de **recomendação** atribuídos a **estudos** relatando **aumento estatisticamente significativo** no registro **dos** diagnósticos de enfermagem e **intervenções** associadas a uma **valorização real dos resultados de enfermagem** foram os mais **elevados** (u.c.e.: 5622, Classe: 7, Khi²: 39, texto 82).*

***Estudos futuros** poderiam se **concentrar** em outras **tarefas** e vantagens do uso **computador** [nos serviços de saúde], tais como melhora do julgamento **clínico** ou dos **sistemas** de gestão de **casos**. Tal **exploração** poderia centrar-se sobre como **usar o computador pode afetar** os **resultados** do paciente, como pode melhorar a relação e percepção **dos enfermeiros** sobre a tecnologia por uma perspectiva interdisciplinar (u.c.e.: 5928, Classe: 7, Khi²: 35, texto 86).*

Mas, as falhas de comunicação entre membros da equipe podem prejudicar o usuário, por acarretar uma descontinuidade na assistência, além do fato de que anotações inconsistentes e insuficientes dificultam a implementação da SAE e do PE. Em estudo realizado para a avaliação dos registros de enfermagem em prontuários eletrônicos de dois hospitais da cidade de Recife / Pernambuco, houve uma aprovação significativa entre os enfermeiros em relação à aplicação da tecnologia da computação no trabalho (MENESES et al., 2015). Corroborando com essa afirmação apresentam-se as palavras: *resultados, intervenções, sistemas e comunicação*,

bem como a u.c.e. a seguir, destacando estes aspectos:

*Parece claro que o **conhecimento** adquirido **pelos enfermeiros**, identificando **diagnósticos** com precisão e **selecionando intervenções eficazes** levou a **melhoria dos reais resultados** dos pacientes, por causa do **sistema de documentação padronizado**, os **cuidados de enfermeiros documentados** obtiveram **maior frequência e maior precisão** (u.c.e.: 5624, Classe: 7, Khi^2 : 24, texto 82).*

No contexto hospitalar, o registro escrito apresenta-se como um dos principais instrumentos de comunicação para a troca de informações entre as equipes envolvidas no cuidado ao cliente. O objetivo deste registro reside em apresentar de forma clara as necessidades e situação de saúde do paciente, bem como as condutas clínicas de cuidar que foram implementadas e a avaliação contínua do cuidado prestado. Assim, registrar é uma responsabilidade profissional e social. Neste sentido, as palavras significativas: *resultados, sistema, comunicação, documentação, enfermagem e registro*, bem como a u.c.e. mostrada destacam estes aspectos:

*Os **resultados** também **revelaram** que a **utilização** do **sistema melhorou significativamente a comunicação** e a **documentação de enfermagem** e os enfermeiros relataram um **aumento** de satisfação com a **documentação** e com a **atividade do registro** do PE de **enfermagem** após a implementação do **sistema** (u.c.e.: 5992, Classe: 7, Khi^2 : 21, texto 87).*

Apesar de reconhecer diversas vantagens no uso do prontuário eletrônico para a prática efetiva da SAE e do PE, o enfermeiro identifica muitos entraves que o sistema informatizado apresenta no registro das atividades de Enfermagem. A maioria reconhece que, na prática, este sistema está longe de ser implementado com propriedade em sua totalidade, uma vez que a realização sistematizada do PE e dos registros em todas as suas etapas, imprescindíveis para sua consolidação, ainda estão fora da rotina na prática assistencial do enfermeiro em muitas instituições (SOARES et al., 2015). Assim, as palavras significativas: *planos, cuidados avaliação dos cuidados, sistema, documentação, enfermeiros, enfermagem e computadores*, bem como as u.c.e. a seguir, corroboram com estes aspectos:

*Os enfermeiros disseram que economizaram tempo para **obter planos** de **cuidados**, mas **gastaram** mais tempo **documentando** na **avaliação dos cuidados**. Este inconveniente foi **adicionado** à **relutância em se utilizar o novo sistema** e em **registrar todas** as etapas do PE (u.c.e.: 5905 Classe: 7, Khi^2 : 21, texto 88).*

*No entanto, a relação entre a **aceitação** do PE e **introdução** bem sucedida de computadores nos **sistema de documentação** do PE **parece** ser contraditória. Por um lado, **enfermeiros aceitam** o PE como **base** para a assistência de **enfermagem sistemática** e por outro não se sentem motivados a **usar** os **computadores**, já que, para eles, **parecem aumentar** o **esforço** para **documentação** (u.c.e.: 5524, Classe: 7, Khi^2 : 38, texto 81).*

Silva, Goulart, e Amado (2014) afirmam que a tecnologia aperfeiçoou o trabalho da equipe de Enfermagem e contribuiu para o acesso rápido às informações. Contudo, alguns

estudos apontam dificuldades dos enfermeiros na implementação do método decorrentes de aspectos éticos, falta de padronização e conhecimento, manuseio ineficiente dos softwares ou lentidão demasiada de alguns sistemas consumindo maior tempo da equipe. As palavras significativas: *falta de tempo, problemas organizacionais, capacidade, documentar, cuidados, enfermagem, dificuldades, registros, falta de conhecimento e sistemas clínicos inadequados*, bem como o conteúdo das u.c.e. a seguir, mostram tais conexões:

*[. Quando perguntado sobre a necessidade de se classificar as barreiras mais influentes para a documentação de enfermagem, dobrou o número de ambos os grupos identificados para os mesmos cinco itens], embora com outra ordem de classificação; **falta de tempo e problemas organizacionais** foram os mais citados na lista em ambos os grupos. Para a pergunta sobre o modo como os modelos vips influenciam na **capacidade de documentar** [o PE] e todos **cuidados de enfermagem prestados**, trinta e três no grupo a e duzentos e setenta e oito no grupo b, diferença não significativa, respondeu que o **modelo não facilita** esse processo (u. c. e: 5102, Classe: 7, Khi^2 : 32, texto 76).*

*Um estudo sobre as **dificuldades** acerca dos **registros de enfermagem** observou-se que quatro **registros de enfermagem** revelaram **percepções e barreiras**, tais como: **sistemas clínicos inadequados, falta de conhecimento, rupturas ambientais, inacessibilidade dos registros, a falta de tempo para documentar e dificuldades no uso** correto da escrita (u.c.e.: 5087, Classe: 7, Khi^2 : 22, texto 76).*

Este grupo temático abordou aspectos relevantes que devem ser mais discutidos pelos gestores e por toda a equipe de saúde e enfermagem acerca da implantação de sistemas informatizados nos serviços de saúde. Parece claro que as vantagens desses sistemas são inúmeras para as instituições, para os profissionais de saúde, para os pacientes e para a comunidade. Todas as iniciativas e os investimentos voltados para a melhoria da qualidade da assistência, dos processos de trabalho, assistencial e gerencial, para o aumento da satisfação dos profissionais e dos usuários dos serviços, devem ser reconhecidos como um avanço e, em geral, são mudanças desejáveis, sendo aceitas por todos nos serviços e pela sociedade.

Acredia-se que, num futuro próximo, a documentação eletrônica padronizada irá permitir o acesso remoto e simultâneo de dados entre os profissionais de saúde e as diferentes organizações. Esse fato melhorará a assistência prestada ao paciente e auxiliará no desenvolvimento de protocolos de atendimento e pesquisas (OLIVEIRA, PERES, 2015,p. 248).

Neste sentido, é necessário que a Enfermagem compreenda e incorpore os avanços tecnológicos computacionais e insira os registros de informação nos serviços de saúde. Devem ainda reconhecer estes recursos como instrumentos facilitadores de seu processo de trabalho, por documentar melhor sua prática profissional frente a sociedade e equipe inter - intradisciplinar e, principalmente, como recursos para proporcionar a melhoria da qualidade da assistência.

Outro aspecto essencial para que os registros possam realmente contribuir com os serviços e os profissionais, é a maneira como a equipe realiza esta atividade. O que se constata,

na maioria das vezes, é que esta atividade é negligenciada e, em geral, os registros possuem poucas informações de cuidados específicos de Enfermagem (DINIZ et al., 2015). Comumente, encontram-se nas anotações da equipe de Enfermagem nos prontuários, o uso de termos vagos e informações repetitivas. Esses termos são incapazes de fornecer informações relevantes para avaliação da qualidade do cuidado, das reações dos pacientes e suas condições de saúde e para o gerenciamento adequado do serviço.

No que tange aos profissionais de Enfermagem, apesar de eles acreditarem na viabilidade do registro eletrônico como instrumento de organização do trabalho dos enfermeiros e de sua equipe, esta prática ainda não está incorporada à realidade brasileira, seja por ausência de investimentos na área da informatização dos serviços de saúde, seja pela própria resistência e dificuldade de alguns profissionais em realizar os registros das diversas documentações e de implementar eficazmente todas as etapas da PE.

Avanços neste sentido já podem ser observados nos estudos sobre esse assunto, e todos os pesquisadores são unânimes em afirmar que, primeiramente, os profissionais de enfermagem precisam comungar do mesmo desejo. Caso contrário, essa prática informatizada do PE será mais uma utopia geradora de sentimentos de desânimo e frustrações para os profissionais. Principalmente, porque ainda se constata que os enfermeiros se deparam com muitos obstáculos no seu cotidiano profissional relativos aos registros de enfermagem, sejam manuais ou informatizados, o que contribui para a incompletude ou inexistência da SAE e do PE.

3.6.1.2. GRUPO TEMÁTICO XIII. SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÕES DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

No final dos anos 80 do século XX, a Enfermagem já contava com um certo número de sistemas de classificação de termos da linguagem profissional, cujo desenvolvimento se vinculava a alguma fase do Processo de Enfermagem. A despeito dos avanços alcançados, sentia-se a necessidade de um sistema baseado em uma linguagem unificada, partilhada no âmbito mundial, e cujos componentes expressassem os elementos da prática de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA; COLER, 2008, p.889).

A primeira tentativa de classificar os problemas de enfermagem ocorreu em 1929, quando Wilson realizou um estudo com o objetivo de separar os problemas de enfermagem dos problemas médicos, num esforço para isolar os aspectos particulares da Enfermagem dos cuidados de saúde em geral. Na década de sessenta, Abdellah e Henderson foram consideradas precursoras, na tentativa para estabelecer a sistematização do conhecimento de abordagens taxonômicas na Enfermagem, tendo como enfoque os problemas terapêuticos denominados os 21 problemas de enfermagem e a lista das 14 necessidades humanas básicas, que compreende

os componentes ou funções da Enfermagem, respectivamente (HENDERSON, 1961, NOBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Nas últimas três décadas, parece ter havido um consenso entre os enfermeiros pela busca de conhecimentos específicos da profissão organizados e sistematizados em teorias e modelos de estruturas, com as finalidades de descrever, explicar e prever fenômenos vinculados à disciplina da Enfermagem (OLIVEIRA; PAULA; FREITAS, 2007). Assim, na medida em que as informações são coletadas a partir dos registros de Enfermagem e armazenadas nos prontuários do paciente e em outros relatórios pertinentes e, são registradas, classificadas, organizadas, armazenadas e se tornam disponíveis para consulta informatizada, elas podem auxiliar na análise da situação de saúde, no desempenho do trabalho da Enfermagem, seja ele, assistencial, gerencial, educativo ou de pesquisa. Essas concepções estão destacadas nas palavras significativas *registros, enfermagem, enfermeiros, atitudes e comportamentos*, bem como apresentadas na u.c.e. que se segue:

*A emissão **dos registros de enfermagem** e o planejamento da assistência têm sido discutidos **pelos enfermeiros educadores e administradores** desde meados da década de **sessenta**, quando Walker e Selmanoff descreveram as **atitudes** e os **comportamentos** em relação à **leitura e escrita dos enfermeiros**. (u.c.e: 5079, Classe:7, Khi²: 21, texto 76).*

Num estudo de revisão, Cubas, Silva e Rosso (2010, p. 187), afirmam que os sistemas de classificação da prática de Enfermagem surgiram nos anos de 1950, quando modelos conceituais de Enfermagem passaram a ser desenvolvidos, na tentativa de identificar os conceitos próprios da profissão. Mais tarde, na década de 1970, surge o PE como um modelo operacional para a assistência, favorecendo o desenvolvimento de conceitos e sistemas de classificação. A utilização desses sistemas de classificação na prática de Enfermagem tem mobilizado os enfermeiros em todo o mundo, atendendo ao desafio de universalizar a sua linguagem e evidenciar os elementos da sua prática (NOBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Assim, a partir da década de 70, a Enfermagem tem se dedicado à necessidade de construir um vocabulário próprio, consensual e objetivo para a sua prática. Estes sistemas tiveram como ponto de partida o trabalho desenvolvido nos Estados Unidos na Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnoses Association* (NANDA). Esse sistema de classificação, denominado Taxonomia da NANDA, iniciada em 1973, é constituído por uma estrutura teórica contendo a classificação e categorização dos diagnósticos de Enfermagem ou das condições que necessitam de cuidados de Enfermagem (NANDA, 2013).

Neste sentido, um grupo de enfermeiras manifestou preocupação sobre a dificuldade para se nomear as situações ou problemas com que a Enfermagem lidava em seu cotidiano, por falta de um sistema de linguagem padronizada, e sobre as dificuldades para se descrever a

contribuição específica da Enfermagem para a solução, alívio e prevenção de problemas de saúde, e para a promoção de modos saudáveis de vida, o que fez surgir o desenvolvimento de uma classificação contendo os elementos essenciais da prática profissional (diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem) com alcance internacional (GARCIA; NÓBREGA, 2013, p. 143).

Em 1989, foi apresentada a necessidade de desenvolvimento de um sistema classificatório internacional ao Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), durante as atividades do Congresso Quadrienal realizado em Seul, Coréia. Como resposta, o CIE iniciou, em 1991, o projeto da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE. Desde então, essa classificação vem sendo consolidada mundialmente como uma das tendências para uniformizar a comunicação e a troca de informações entre enfermeiras, visando representar a prática de Enfermagem nos Sistemas de Informação em Saúde. (NOGUEIRA; NÓBREGA, 2015, p. 55).

A classificação internacional das práticas de enfermagem (...) estimula o desenvolvimento de pesquisas nas diversas áreas de atuação dos enfermeiros, contribuindo assim para o desenvolvimento da linguagem padronizada e informatizada em enfermagem (u. c. e.: 4404, Classe: 7, K_{hi}²: 23, texto 67).

Enfatiza-se que em 2005, iniciou-se o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos CIPE® na pesquisa em enfermagem, a partir do lançamento da versão 1.0. Nota-se, por meio das pesquisas, que enfermeiros de diferentes países, inclusive o Brasil, têm evidenciando o interesse pelo tema e se envolvido neste processo de colaboração com o CIE de tornar a CIPE® uma terminologia de referência a ser usada mundialmente para fortalecer e ampliar os propósitos da profissão na assistência, na educação e na pesquisa (FURTADO, MEDEIROS; NÓBREGA, 2013).

Nas últimas décadas, afirmam Nóbrega e Garcia (2009, p. 759) a Enfermagem vem se preocupando com a utilização de um sistema de linguagem unificada que permita acessar as informações da área nos sistemas de saúde. Por esta razão, os pesquisadores da área têm chegado à conclusão que a aplicação de normas de terminologia é essencial para o desenvolvimento de sistemas de informação que facilitem a tomada de decisões clínicas e a prática baseada em evidências em enfermagem. E, desde então, a Enfermagem vem identificando, classificando e aprimorando todas as classificações, contendo os elementos envolvidos na sua prática assistencial, ou seja, os diagnósticos, as intervenções e os resultados, na busca por consolidar sua área de conhecimento com o enfoque principal no cuidado. Deste esforço, surgiram também as Classificações das intervenções de Enfermagem da *Nursing Interventions Classification* (NIC), dos resultados / desfechos de enfermagem da *Nursing*

Outcomes Classification (NOC) e da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Como é demonstrado nas u.c.e. e nas palavras mais significativas: *práticas de enfermagem, internacional, classificações, NANDA, taxonomias, NIC, NOC, padronização, instrumento, tomada de decisão, estrutura, intervenção de enfermagem, padrões, diagnósticos, intervenções, resultados* apresentados, a seguir:

*Com o intuito de satisfazer a necessidade de **padronizar a linguagem**, foram desenvolvidos na **enfermagem diferentes sistemas de classificação**, como NIC, NOC, NANDA e a CIPE, **classificação internacional da prática de enfermagem**, entre outras (u.c.e. 3905, Classe: 7, Khi²: 42, texto 60).*

*[Em oitenta e nove, a **classificação internacional das práticas de enfermagem** surgiu de uma reconhecida necessidade dos enfermeiros para descrever os fenômenos e as intervenções e os respectivos resultados apresentados pelos clientes, pelos quais estes profissionais são responsáveis]. Em seus propósitos iniciais, a **classificação internacional das práticas de enfermagem** objetiva fornecer um **instrumento** para descrever e documentar a **prática da enfermagem**; usar o instrumento como **base** para a **tomada de decisão** clínica e [fornecer à enfermagem um vocabulário e um sistema de classificação] que possa ser utilizado nos sistemas de informação computadorizado] (u.c.e.: 3307, Classe: 7, Khi²: 23, texto 50).*

*A NIC também pode estar relacionada com a **classificação internacional para a prática de enfermagem**, que fornece uma **estrutura comum** para os diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados (u. c. e.: 4771, Classe: 7, Khi²: 29, texto 72).*

*Estudos **examinaram a intervenção de enfermagem** e os **padrões** da ligação entre diagnósticos de enfermagem, **intervenções** e **resultados**. Eles descobriram que os **enfermeiros** se **utilizam** de uma **lista de intervenções de enfermagem** mais frequentes e que foram adequados para vários **diagnósticos**, estabelecendo **correlações** coerentes entre diagnósticos de enfermagem, **intervenções** e **resultados** (u. c. e.: 5599, Classe: 7, Khi²: 23, texto 82).*

As classificações de Enfermagem têm a finalidade de estabelecer uma linguagem comum para os fenômenos da Enfermagem. Dentre as vantagens do uso das classificações tem-se a comparação dos dados entre populações, áreas geográficas e tempos diferentes; o estímulo às pesquisas devido à articulação de dados; a influência da prática clínica e decisões sobre o cuidado, estabelecimento da provisão de recursos humanos e materiais; estabelecimento da expectativa de tempo gasto e custo para a realização de atividades de Enfermagem; melhora da documentação, sendo imprescindível para a criação de prontuários eletrônicos (BARROS et al.,2015, p. 63-64). Esta posição se encontra nas palavras mais significativas: *inclusão, dados, etiologia, classificação internacional sistema e prática de enfermagem* e nas u.c.e. apresentadas, a seguir:

Neste momento, a **classificação internacional da prática** de enfermagem pretende **estabelecer uma linguagem comum** para **descrever e documentar** as **práticas de enfermagem**, fornecendo aos enfermeiros um **vocabulário** que pudesse ser utilizado para **incluir dados de enfermagem** nos **sistemas de informação** computadorizados (u.c.e.: 4403, Classe: 7, Khi²: 23, texto 67).

[As classificações da prática de Enfermagem, com as linguagens padronizadas oferece uma] melhor **qualidade dos cuidados** prestados. Na fase de diagnóstico de enfermagem, se utiliza a **classificação da NANDA**, desenvolvida através dos itens **problema, etiologia, sinais e sintomas** (u.c.e.: 736, Classe: 7, Khi²: 27, texto 10).

Só a **etiologia específica** para cada diagnóstico é a **base** para escolher as **intervenções de enfermagem** eficazes para um melhor resultado. Para alcançar a **coerência** entre os diagnósticos de enfermagem, **intervenções** e **resultados**, **enfermeiros** se beneficiam do **uso** das **taxonomias NANDA, NIC e NOC** (u.c.e.: 5638, Classe: 7, Khi²: 24, texto 82).

Neste contexto, inúmeros são os esforços para criar sistemas de informação com uma terminologia específica de Enfermagem com estreita relação com a SAE e o PE, com o objetivo de elaborar uma linguagem padronizada, que incorpore os conceitos e os termos inter-relacionados. E, que seja uma ferramenta para a assistência, gestão e controle nos diferentes ambientes, nos quais a prática profissional ocorre, seja em instituições hospitalares, ambulatoriais, comunitárias, de ensino, serviços, associações, empresas, domicílios, casas de repouso, dentre outras. Nos contextos semânticos, as palavras mais significativas: *classificação, internacional, sistema de classificação, prática de enfermagem e resultados*, bem como nas u.c.e. apresentadas a seguir apontam estes aspectos:

Dentre algumas **terminologias** desenvolvidas para apoiar o **registro** e análise de **enfermagem** destaca-se: a **classificação clínica dos cuidados, a classificação internacional da prática de enfermagem; a NANDA; a NIC; a NOC; o conjunto de dados mínimos do cuidado ao paciente** e a **terminologia para intervenções de enfermagem** (u. c. e.: 4340, Classe: 7, Khi²: 32, texto 66).

[Existem algumas **terminologias** para a **documentação do processo de enfermagem**, dentre as quais destacamos]; diversas **classificações existentes** para a **padronização** das etapas do processo de enfermagem, **NANDA** para diagnósticos de enfermagem, a **NIC** para o planejamento dos cuidados de enfermagem, **OMAHA SYSTEM** e **HOME HEALTH CARE CLASSIFICATION** para a assistência domiciliar, **NOC** para os resultados [desfechos] dos cuidados de enfermagem e **CIPE** para a **classificação internacional da prática de enfermagem** (u. c. e.: 7048, Classe: 7, Khi²: 29, texto 105).

Diferentes tipos de classificação foram sendo concebidas a partir da década de oitenta. Entre os mais conhecidos são, provavelmente, a **NANDA**, que aprovou os **diagnósticos de enfermagem** e suas **definições, a classificação das intervenções de enfermagem** e a **classificação dos resultados de enfermagem**, [conjunto mínimo de dados e classificação internacional da prática de enfermagem.] (u.c. e.: 4991, Classe: 7, Khi²: 26, texto 75).

Conforme descrito, as padronizações da linguagem de Enfermagem são necessárias para garantir que os elementos de Enfermagem sejam identificados e incluídos em sistemas eletrônicos, o que contribui, dentre outras coisas, para maior visibilidade e autonomia da

Enfermagem. Pode ser considerado um recurso que proporciona a utilização, divulgação e avaliação da CIPE, através do uso combinado do diagnóstico de Enfermagem, intervenções e resultados / desfechos operacionalizando os registros das todas as etapas do PE.

As classificações padronizadas também melhoram significativamente as habilidades diagnósticas do enfermeiro, pois facilitam o julgamento clínico, ajudam a escolher e priorizar as intervenções de Enfermagem mais adequadas para melhor qualificar o processo de cuidar, como destacam as palavras significativas: *avaliação, documentação, sistema de informação, classificações padronizadas, diagnósticos de Enfermagem e intervenções de Enfermagem*, bem como as u.c.e. apresentadas, a seguir:

Na avaliação da documentação antes e depois da introdução de um sistema de informação em enfermagem, usando classificações padronizadas, NANDA, NIC e NOC, para os diagnósticos, intervenções e resultados, houve uma significativa melhoria, comprovada estatisticamente, na especificação dos diagnósticos de enfermagem, implementação de intervenções de enfermagem e realização dos resultados (u. c. e.: 5601, Classe: 7, Khi²: 51, texto 82).

Denehy e Poulton relatam que o uso de NANDA, NIC e NOC, com ligações definidas entre diagnósticos, intervenções e resultados, passaram a facilitar a seleção de intervenções e resultados mais apropriados (u.c.e.: 5600, Classe: 7, Khi²: 32, texto 82).

Como destacam Pfeilsticker e Cadê (2008, p. 237) foi a partir de um processo de retroalimentação, que em 1999, o CIE publicou a versão beta da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE®) Desse modo, com apoio da Fundação Kellogg, vários países ao redor do mundo, inclusive o Brasil, conduziram pesquisas com grupos de trabalho, utilizando metodologias e testando instrumentos para identificar e validar conceitos representativos das práticas de enfermagem na atenção primária à saúde (NÓBREGA, et al, 2008).

Após o lançamento da Versão 1.0 (2005), a terminologia passou a ser combinatória e enumerativa, sendo divulgadas mais quatro versões da CIPE®: a Versão 1.1 (2008), a Versão 2 (2009), a Versão 3 (2011) e a Versão 2013 (2013), pois resultaram na adição de muitos novos termos e definições (GARCIA; NÓBREGA, 2013).

Assim as palavras significativas: *classificação internacional das práticas de enfermagem, processo de enfermagem, terminologias, classificações, documentação, dados, terminologia, referência, conceitos, termos, enfermagem, saúde, integração, sistemas de informação, conhecimento, enfermagem, dados, usuário e intervenções de enfermagem*, bem como as u.c.e. mostradas em seguida ressaltam os aspectos relativos a busca de uma posição científica para as práticas de Enfermagem:

Desde novecentos e noventa e nove, **cinco estudos** buscaram desenvolver e avaliar o processo de enfermagem **informatizado** em unidade de terapia intensiva de acordo com a **classificação internacional das práticas de enfermagem**. Esses primeiros **estudos** adotaram a classificação internacional das práticas de enfermagem, versão beta dois. Em cada **pesquisa** realizada, o **processo de enfermagem** foi avaliado e novas **modificações** foram implementadas (u.c.e.: 3310, Classe: 7, Khi²: 24, texto 50).

[Estudo descreve que] as etapas abordaram o aprofundamento teórico e a discussão da norma ISO e da **CIPE**, versão um. A ISO acomoda as várias **terminologias e classificações** utilizadas atualmente pelos enfermeiros na **documentação de dados** dos pacientes. Constitui uma **terminologia de referência** com representação de **conceitos** que facilita o mapeamento dos **termos de enfermagem** com outras **terminologias de saúde**, promove a **integração dos sistemas de informação**, bem como, **viabiliza pesquisas** comparativas e análises de resultados a fim de melhorar e fortalecer o **corpo de conhecimento da enfermagem** (u.c.e.: 3301, Classe: 7, Khi²: 22, texto 50).

No primeiro módulo o **usuário** digitou **dados** de avaliação dos residentes. No segundo módulo, o **usuário selecionado indica** os diagnósticos de enfermagem adequados e o **sistema** de **apoio** ao processo de enfermagem **sugere imediatamente e, automaticamente**, as **intervenções de enfermagem** para o **usuário escolher**. (u.c.e.: 5939, Classe: 7, Khi²: 21, texto 87).

Assim, pesquisadores e educadores criaram grupos de estudo e interesse no assunto, tornando-se membros oficiais para o acesso às informações divulgadas e publicadas nas instituições internacionais, seja como consultores, membros da CIPE - Brasil ou tradutores oficiais das obras publicadas internacionalmente.

Diante deste contexto, podemos destacar o Grupo de Estudos e Pesquisas em Fundamentos da Assistência de Enfermagem (GEPFAE), integrado com o Centro CIPE® do Brasil, que vem desenvolvendo pesquisas voltadas para integrar a terminologia CIPE® na prática de Enfermagem, com destaque para os Bancos de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem direcionada a diversas especialidades (NOGUEIRA; NÓBREGA, 2015).

Neste sentido, as palavras significativas: *esforços, ordem dos enfermeiros, língua portuguesa, traduzida* e, as u.c.e. apresentadas indicam este movimento de integração da Enfermagem brasileira ao esforço internacional:

Em dois mil e seis, a **classificação internacional da prática de enfermagem** versão um foi traduzida para a **língua portuguesa**, por meio **dos esforços da ordem dos enfermeiros** de Portugal e, em dois mil sete, esta versão foi traduzida para o idioma português brasileiro. Em dois mil e oito publicou-se a **classificação internacional das práticas de enfermagem** versão um ponto um e, em julho de dois mil e nove, foi lançada a versão dois da classificação internacional da prática de enfermagem (u.c.e.: 4399, Classe: 7, Khi²: 33, texto 67).

A **Classificação internacional das práticas de enfermagem** versão beta dois e, finalmente, a **classificação internacional** das práticas de enfermagem, versão um [foram introduzidas no Brasil inicialmente pelas instituições de ensino e pesquisa]. A **classificação internacional das práticas de enfermagem**, versão um, foi traduzida para a **língua portuguesa** através dos **esforços** da ordem dos enfermeiros de Portugal e esta classificação foi **traduzida** para o idioma português brasileiro. (u.c.e.: 3311, Classe: 7, Khi²: 24, texto 50).

Em 2009, foi criada uma Subcomissão de Sistematização da Prática de Enfermagem, da Associação Brasileira de Enfermagem - Nacional, com o formato de grupo de trabalho (Portaria n.º 001 / 2009, ABEEn Nacional, Gestão 2007 / 2010). Este grupo de trabalho passou a ser responsável por definir aspectos fundamentais para a elaboração da modelagem preliminar de um software baseado nas etapas do PE, nas necessidades humanas básicas, que utiliza a linguagem de diagnósticos, intervenções e resultados - desfechos de Enfermagem para documentação da prática profissional (MALUCELLI et al., 2010, p. 630).

Outros relatos de experiências similares indicam a utilização de sistemas eletrônicos e prontuários informatizados contendo algumas das mais conhecidas classificações internacionais das práticas de enfermagem, com introdução de linguagens padronizadas para algumas etapas do PE, tais como demonstram as palavras mais significativas *aceitação*, *sucesso*, *escrita*, *computadores*, *resultados*, bem como as u.c.e. apresentadas, a seguir:

Os resultados preliminares [estudos] realizados nas enfermarias indicam que a aceitação do PE antes do estudo é positivamente correlacionada com a aceitação do sistema baseado no uso do computador depois de um ano. Isso indica que a aceitação do PE informatizado pode ser um fator relevante para uma introdução bem sucedida das Classificações Internacionais das Práticas de Enfermagem (u.c.e.: 5529, Classe: 7, Khi²: 24, texto 81).

Os resultados da literatura e do presente estudo sugerem que a utilização da lista de diagnósticos de enfermagem da NANDA disponível na versão eletrônica do registro de enfermagem do sistema informatizado da assistência de enfermagem [é benéfica] (u.c.e.: 6022, Classe: 7, Khi²: 26, texto 88).

[No estudo sobre os] efeitos do diagnóstico de enfermagem sobre a qualidade das avaliações do paciente. Todos os quatorze estudos nesta categoria relataram melhorias qualitativas na avaliação dos problemas de cuidados de enfermagem através do uso de diagnósticos de enfermagem, [que foram considerados úteis na melhoria da qualidade do registro de avaliação de enfermagem, incluindo a descrição exata dos problemas dos pacientes, etiologia e abordagem específica para o cuidado] (u.c.e.: 5590, Classe: 7, Khi²: 23, texto 82).

Nessa perspectiva, os estudos suscitaram concepções semelhantes às potencialidades dos sistemas de classificação das práticas de Enfermagem e da utilização das diversas taxinomias de Enfermagem, ressaltando algumas facilidades ou dificuldades para sua implementação, dos quais se destacam as palavras mais significativas: *incluir*, *dados*, *enfermeiros*, *sistemas*, *clínico*, *escrita*, *registros*, *eletrônica*, bem como as u.c.e. apresentadas a seguir:

[Os sistemas de informação em saúde e as taxonomias de enfermagem] fornecem aos enfermeiros um vocabulário que pode ser utilizado para incluir dados de enfermagem nos sistemas de informação computadorizados. A classificação internacional das práticas de enfermagem versão beta estimula o desenvolvimento de pesquisas nas diversas áreas de atuação dos enfermeiros, contribuindo assim para o desenvolvimento da linguagem em enfermagem (u.c.e.: 4404, Classe: 7, Khi²: 23, texto: 67).

Estudos contendo **registros de enfermagem** revelaram percepções e barreiras, tais como; **sistemas clínicos inadequados**, falta de **conhecimento**, rupturas **ambientais**, inacessibilidade dos **registros**, a falta de **tempo para documentar** e **dificuldades no uso correto da escrita** (u.c.e.: 5087, Classe: 7, Khi²: 22, texto 76).

[Não existe classificação ou formulários] **suficientes** para representar todos os aspectos da [prática de] **enfermagem** e seus **sistemas** de registros **baseados no sistema de informação** e de atividades. De acordo com (...), a **definição dos padrões de enfermagem para documentação eletrônica** pressupõe uma **abordagem orientada para o cumprimento de tarefas** (u.c.e.: 5149, Classe: 7, Khi²: 28, texto 77).

Investigações de **estudos de casos** identificaram que os **enfermeiros** tiveram **dificuldades** em afirmar **diagnósticos** precisos ou não **baseados** nos fatores **etiológicos** (u.c.e.: 5595, Classe: 7, Khi²: 26, texto 82).

Digamos que existe saturação de **documentação**, mas isso não tem nada a **ver** com os **cuidados**, pelos quais **somos responsáveis**. Na **gestão dos cuidados** estamos debilitados, temos muitos **relatórios** para nos sobrecarregar, nas **estatísticas** e nos **estudos** eles realmente não são registrados (u.c.e.: 5726, Classe: 7, Khi²: 21, texto 84).

No entanto, alguns destes aspectos negativos, que dificultam a efetiva implantação dos sistemas nos serviços de saúde, são passíveis de ser mais trabalhados pelos gestores e líderes da equipe de profissionais de Enfermagem. Por exemplo, a inclusão de algumas medidas que possam promover atividades de educação em serviço, a familiaridade maior com os sistemas, a capacitação dos profissionais para adquirir maior domínio da língua inglesa, para facilitar a consulta aos manuais e referenciais originais, o estímulo para identificação de novos fenômenos de Enfermagem e a participação mais ativa na revisão sistemática dos termos presentes nas taxonomias da NANDA, NIC, NOC e da CIPE, dentre outras condutas, podem permitir maior familiaridade dos profissionais da equipe de Enfermagem com os sistemas informatizados. (LAHM; CARVALHO, 2015; LIMA; SANTOS, 2015; PFEILSTICKER; CADÊ, 2008).

As palavras significativas *enfermeiras, ambivalentes, plano de cuidados, sistema informatizado, tecnologia, cuidados disponíveis, tempo gasto de impressão, insatisfeitos, aceitação, esforços, escrita, problemas, utilização, classificação internacional, prática de enfermagem, enfermagem mundial* e as u.c.e. apresentadas destacam tanto os problemas, como as estratégias para a superação destes aspectos negativos, a saber:

Os **resultados revelaram** que os enfermeiros tinham sentimentos **ambivalentes** em relação a este **plano de cuidados com sistema informatizado**. Informaram que gostaram muito da vantagem que a **tecnologia** traz, por exemplo, não ter que **escrever planos de cuidados** manualmente, as orientações para os **cuidados disponíveis** estão online para imprimir, os computadores já possuem os textos (para serem) impressos, economizando papel com formato padrão de atendimento. Por outro lado, não gostaram do **tempo gasto na impressão**, e relataram que estavam **insatisfeitos** com a falta de individualização na forma de como fazer os **planos de cuidados**. (u.c.e.: 5846, Classe: 7, Khi²: 22, texto 86).

*Os escores de **aceitação** tendem a subir quando um **sistema baseado em computador** é introduzido, conforme os **esforços de escrita** e de **problemas de formulação** são reduzidos (u. c. e.: 5527, Classe: 7, Khi^2 : 22, texto 81).*

*Este **aumento** no número de publicações **pode** estar **associado** a maior familiaridade, disseminação e **utilização** da **classificação internacional da prática de enfermagem**, pela **enfermagem mundial**. Destaca-se que não foram encontrados **artigos publicados** nos anos de noventa e seis e noventa e sete, a partir dos critérios de busca adotados, o que já era esperado, uma vez que a **primeira taxonomia** divulgada foi em **noventa e nove**. (u.c.e.: 4384, Classe: 7, Khi^2 : 21, texto 67).*

No contexto deste bloco temático, atualmente, muitos avanços já foram alcançados no sentido do desenvolvimento de sistemas informatizados para os serviços de Enfermagem nas instituições de saúde brasileiras. Estes sistemas já tornam realidade o uso de classificações internacionais para a prática de Enfermagem.

Sendo assim, destacam-se os seguintes avanços: criação de grupos de interesse e estudo em instituições de ensino de graduação e pós-graduação, aumento de publicações sobre a temática, relatos de experiência com avaliações do uso dos sistemas nos diferentes cenários de saúde, tradução periódica das diversas classificações das práticas de Enfermagem (NANDA, NIC, NOC e CIPE) em diversos idiomas, disseminação mundial desse conhecimento, avaliação sistemática e simultânea destes sistemas e classificações em diversos países, maior divulgação e acesso livre às informações pelos órgãos responsáveis pelo aprimoramento das taxionomias, por meio eletrônico e, livre acesso a algumas taxonomias para serem testadas e avaliadas na assistência, no ensino e na pesquisa.

De acordo com as posições explicitadas pelos dados dos diversos estudos selecionados para este bloco pode-se destacar que, todos os sistemas de classificação desenvolvidos para a práticas de Enfermagem necessitam do contínuo envolvimento e comprometimento dos enfermeiros de todo mundo, visto que um dos objetivos do CIE ao assumir esta tarefa, foi o de dispor de uma classificação que pudesse representar a diversidade da Enfermagem mundial. Entretanto, até o momento, nenhuma classificação foi selecionada como a ideal tornando-se necessário reconhecer que esse é um processo relativamente complexo, principalmente, pela própria diversidade embutida nas práticas profissionais da Enfermagem.

Vale ressaltar que, para acompanhar todo o processo de evolução dos sistemas informatizados e das classificações em Enfermagem, os profissionais precisam desenvolver habilidades e competência específica para a utilização de tecnologias computacionais. O profissional da equipe de Enfermagem necessita ser capacitado frente à necessidade do domínio das noções básicas da informática, além do fato de que precisa estar atento para o avanço

tecnológico, ter facilidade com a comunicação escrita e verbal, voltado para a possibilidade de geração de novos conhecimentos e constante inovação dos sistemas.

Neste sentido, o principal desafio para a Enfermagem contemporânea diz respeito à necessidade de engajamento de todos os enfermeiros nesse processo, para que possam utilizar as classificações já elaboradas e testadas ampla e eficazmente, na sua prática profissional, de maneira a contribuir para sua consolidação. Somente com o uso disseminado destas classificações na assistência, pesquisa e ensino, a Enfermagem brasileira poderá fazer com que as classificações e taxinomias sejam testadas e/ou refinadas, com possibilidade de sugestões de acréscimo ou retirada de termos. Neste sentido, esta é a forma de validar os Sistemas de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) nos serviços de saúde do Brasil e do mundo.

3.6.1.3 Análise do Bloco Temático

Observando-se as últimas três décadas, com o desenvolvimento dos vários sistemas de informação em saúde e de classificações das práticas de Enfermagem, pode-se reafirmar que muitos avanços foram alcançados, o que comprova que a Enfermagem está atenta a esses movimentos, mas, ainda assim, é necessário reconhecer que esse é um processo relativamente recente, não se podendo afirmar que já exista um sistema de classificação validado para a prática de Enfermagem.

Para Lima (2014) na prática assistencial, percebe-se a necessidade de se instrumentalizar o enfermeiro a fim de que ele possa avaliar a qualidade da assistência de enfermagem por meio de indicadores obtidos a partir da implementação do PE. Assim, é necessário que os enfermeiros tenham dados essenciais de enfermagem padronizados e informatizados para avaliar a efetividade do atendimento e demonstrar o quanto os cuidados de enfermagem contribuem para os resultados alcançados.

Desta forma, as maiores perspectivas com os sistemas de classificação na Enfermagem dizem respeito à necessidade de engajamento de todos os enfermeiros nesse processo, para que possam utilizá-los na sua prática profissional como meio de testá-los, contestá-los, apresentar sugestões de acréscimo ou retirada de termos, entre outros, e desta forma contribuir para a consolidação dos Sistemas de Classificação em Enfermagem (NOBREGA; GUTIÉRREZ, 2000, p.13).

No Brasil, a pertinência e necessidade do uso dos sistemas informatizados voltados para a implantação da sistematização da assistência, nas instituições de saúde, parte do princípio de que a SAE contribui para organizar o cuidado e a efetiva operacionalização do PE, aliado ao fato

de que, ambos se tornaram uma atividade privativa e obrigatória do enfermeiro em todo o território nacional. Além disto, como envolvimento dos órgãos reguladores e de outros seguimentos representantes da atividade profissional, houve maior investimento para se estruturar os recursos informatizados necessários para a ampla divulgação e utilização dos sistemas de classificação de Enfermagem, especificamente, o da CIPE.

Neste sentido, uma variedade de instrumentos informatizados e sistemas de classificações têm sido desenvolvidos para avaliação e mensuração da assistência prestada nos serviços de saúde. Nos diversos cenários de assistência de saúde, os profissionais de Enfermagem desempenham um papel fundamental na prestação da assistência ao paciente, família e comunidade.

Para Pfeilsticker e Cadê (2008), de acordo com o CIE, um sistema de classificação deve ser baseado em uma referência central permitindo adições por meio de um processo contínuo de desenvolvimento e refinamentos, ensível às variáveis culturais, reflexo do sistema de valores da enfermagem ao redor do mundo e utilizável de uma forma complementar ou integrada aos sistemas classificatórios de doença e saúde desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cujo núcleo central é a Classificação Internacional de Doenças-10 (CID-10).

Deste modo, é primordial que dados sobre essa assistência sejam registrados e incluídos nos programas que avaliam a eficácia da assistência de saúde. Para que isso aconteça, torna-se essencial que as instituições de saúde e as políticas públicas façam investimentos em sistemas informatizados de dados e registros eletrônicos, incluindo o registro da assistência de Enfermagem, com a inclusão do uso de linguagens padronizadas de Enfermagem, como as taxonomias da NANDA, NIC, NOC e CIPE, dentre outras.

Assim, a utilização em larga escala dos sistemas de informação de Enfermagem no Brasil, poderá contribuir para o desenvolvimento de estudos e a aplicação das classificações internacionais na realidade de saúde nacional, para identificar e explorar os conceitos relevantes para o desenvolvimento efetivo de uma linguagem abrangente e fundamentada em estudos que emergiram de uma prática clínica de Enfermagem.

À medida que os sistemas de informação em saúde e as classificações das práticas de Enfermagem forem sistematizados e passarem a fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde, dados organizacionais e contextuais da prática assistencial de Enfermagem poderão no futuro serem utilizados com diferentes finalidades como, por exemplo: avaliação da eficácia da assistência em saúde, mensuração do uso dos dados na assistência, na pesquisa e no ensino, como também, na avaliação de custo-benefício e na qualidade dos cuidados de Enfermagem.

O sucesso do uso dos sistemas de informação e dos prontuários eletrônicos nos serviços de saúde depende, principalmente, do interesse e da iniciativa dos governantes e líderes do setor saúde em criar políticas públicas para ampliação sistemática de registros eletrônicos de saúde. Os projetos de aplicação destes sistemas tendem a trazer resultados favoráveis para os usuários dos serviços, profissionais da equipe multiprofissional, gestores dos serviços em saúde, pacientes, comunidade e, principalmente, no que se refere aos registros assistenciais, para os profissionais da equipe de Enfermagem.

Pela própria característica do processo de trabalho da equipe de Enfermagem, com geração de grande quantidade de anotações e registros realizados nos prontuários dos pacientes, durante vinte e quatro horas, por toda de equipe de Enfermagem, estes sistemas informatizados são essenciais para otimizar a assistência. No entanto, para que se obtenha total adesão dos profissionais envolvidos, não basta que as chefias dos serviços de Enfermagem, simplesmente, adotem os sistemas eletrônicos e determinem o que deve ser implementado no banco de dados. A participação efetiva de profissionais da área de Enfermagem na construção de um sistema de informação é essencial em todas as etapas do seu desenvolvimento. Isto transforma este sistema de forma a torná-lo mais aderente à prática destes profissionais, assegurando maior usabilidade da ferramenta (MALUCELLI et al., 2010).

A capacitação e treinamento da equipe multiprofissional e de Enfermagem em relação ao uso dos registros eletrônicos e dos sistemas de informação em saúde é uma estratégia que precisa envolver os diferentes profissionais da equipe multidisciplinar. Tais atividades de capacitação e treinamento devem ser incentivadas para que todos tenham motivações, pois é a partir da participação e envolvimento de todos que depende o sucesso deste recurso nos serviços, cuja disponibilidade deve estar ao alcance de todas as unidades de saúde.

Para Oliveira et al. (2005), os sistemas de classificação da prática de Enfermagem e os registros informatizados trazem como prioridade um novo arquétipo teórico para a prática assistencial, fazendo com que a atuação dos profissionais seja cientificamente coerente e planejada quanto à identificação de necessidades, para estabelecer o alcance de metas de avaliação da qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde.

Assim, torna-se indispensável que a iniciativa de implantação e implementação dos sistemas de informação em saúde, dos prontuários informatizados, das classificações das práticas de Enfermagem, seja aceita e adotada por todos os profissionais da equipe de Enfermagem, os quais, por sua vez, devem estar motivados e interessados em executar tais tarefas.

A mudança de atitude dos enfermeiros em relação à SAE e ao PE é necessária, pois não devem apenas executar o PE. Elas precisam adquirir o hábito de registrar todas as suas etapas, tais como: coleta de dados, identificação dos diagnósticos, planejamento e implementação dos cuidados de Enfermagem e avaliação dos resultados de Enfermagem, de forma segura, consistente, sistemática e organizada. Somente com este posicionamento a Enfermagem e seus profissionais poderão sair do patamar do sonho para o patamar da realidade em relação ao uso em larga escala dos sistemas informatizados e da efetiva utilização de um sistema de classificação taxonômica que represente a prática profissional da Enfermagem.

3.7. BLOCO TEMÁTICO V. OS REGISTROS DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O quinto bloco temático é formado por duas classes resultantes do Alceste, a classe 5 com 11,08% das u.c.e. e, a classe 6 com 7,86 totalizando 18,94% das u.c.e. que compõe o corpus de análise com 177 palavras nas duas classes.

Este bloco temático aborda o tema registro do PE de Enfermagem nos serviços de saúde, sua natureza e uso na prática profissional da Enfermagem. O registro é visto como elemento norteador para a avaliação das ações do cuidado de Enfermagem nos serviços de saúde, já sendo considerada como um indicador de qualidade da assistência.

A documentação da assistência de Enfermagem ao paciente permite o acompanhamento de suas condições de saúde, favorece a avaliação dos cuidados prestados, melhora a qualidade da assistência e expressa a natureza das ações dos profissionais em suas respectivas áreas de conhecimento. Desta forma a Classe 5 foi denominada “A prática dos registros de enfermagem nos serviços de saúde”. E, a classe 6 foi denominada “Aspectos éticos e legais das anotações e registros de Enfermagem”. A caracterização de cada classe que compõe este bloco temático é evidenciada, a seguir.

A análise das formas reduzidas e variáveis que compõe cada agrupamento, associada à leitura das u.c.e. permitiram resgatar e entender os conteúdos e sentidos neles contidos. A maneira de juntar estes grupos derivou da aplicação da análise de conteúdo do quinto bloco temático, determinando os grupos temáticos das classes 5 e 6.

3.7.1 CLASSE 5. Registros de enfermagem nos serviços de saúde

Os aspectos operacionais desta classe caracterizam-se pelos seguintes dados: ela é composta por 188 formas reduzidas de palavras plenas incluindo todas as variáveis de identificação e a caracterização da amostra do estudo. Após separação das palavras plenas e variáveis do corpus dessa classe obteve-se 52 variáveis e 131 palavras plenas das quais foram

selecionadas 47 formas reduzidas considerando-se o $\chi^2 > \text{ou} = 34$. Estas formas representam as palavras mais características distribuídas nas 599 unidades de contexto, com 88 palavras analisadas pelo Alceste, que compõem esta classe. As variáveis associadas a esta classes foram tipo de texto, tema, instituição de publicação, país e estado da publicação, país e estado do autor principal, ano de publicação e idioma. Os 23 textos selecionados foram identificados com as seguintes siglas: *tex28_tese, *tex09_tese, *tex41_art_rel_exp, *tex06_art_pesq, *tex11_dissert, *tex14_art_pesq, *tex23_art_rev, *tex58_art_pesq, *tex35_art_pesq, *tex60_art_pesq, *tex90_art_pesq, *tex34_art_pesq, *tex98_art_pesq, *tex52_art_pesq, *tex13_art_pesq, *tex102_art_pesq, *tex03_art_pesq, *tex04_art_pesq, *tex79_art_pesq, *tex88_art_pesq, *tex01_art_pesq, *tex71_art_pesq e *tex17_art_pesq. O Quadro 25, mostrado a seguir, detalha as variáveis associadas a classe 5, que compuseram o presente estudo

QUADRO 25. VARIÁVEIS DE IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO ASSOCIADA À CLASSE 5. RIO DE JANEIRO, 2015

Variáveis	Forma reduzida	χ^2	f corpus	f classe	% classe
Número do texto/Tipo de estudo	*tex28_tese	169	57	37	65%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex09_tese	139	54	33	61%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex41_art_rel_exp	121	92	43	47%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex06_art_pesq	85	67	31	46%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex11_dissert	70	50	24	48%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex14_art_pesq	49	50	21	42%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex23_art_rev	37	38	16	42%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex58_art_pesq	27	50	17	34%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex35_art_pesq	26	65	20	31%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex60_art_pesq	16	48	14	29%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex90_art_pesq	16	85	21	25%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex34_art_pesq	14	41	12	29%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex98_art_pesq	14	61	16	26%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex52_art_pesq	12	20	07	5%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex13_art_pesq	12	59	15	25%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex102_art_pesq	08	57	13	23%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex03_art_pesq	07	67	14	21%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex04_art_pesq	06	49	11	22%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex79_art_pesq	06	75	15	20%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex88_art_pesq	03	35	07	20%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex01_art_pesq	02	74	12	16%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex71_art_pesq	02	50	09	18%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex17_art_pesq	02	43	08	19%

Variáveis	Forma reduzida	χ^2	f corpus	f classe	% classe
Tema	*etapas_pe	79	337	87	26%
Tema	*registr_pe	34	708	124	18%
Tema	*implant_pe	32	829	139	17%
Instituição de publicação	*ufce	121	92	43	47%
Instituição de publicação	*aben_df	85	67	31	46%
Instituição de publicação	*aben	48	495	101	20%
Instituição de publicação	*unifesp	25	171	39	23%
Instituição de publicação	*eerp	23	511	89	17%
Instituição de publicação	*unconception	16	85	21	25%
Instituição de publicação	*esenf	14	61	16	26%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex98_art_pesq	14	61	16	26%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex52_art_pesq	12	20	07	35%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex13_art_pesq	12	59	15	25%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex102_art_pesq	08	57	13	23%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex03_art_pesq	07	67	14	21%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex04_art_pesq	06	49	11	22%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex79_art_pesq	06	75	15	20%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex88_art_pesq	03	35	07	20%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex01_art_pesq	02	74	12	16%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex71_art_pesq	02	50	09	18%
Número do texto / Tipo de estudo	*tex17_art_pesq	02	43	08	19%
Tema	*etapas_pe	79	337	87	26%
Tema	*registr_pe	34	708	124	18%
Tema	*implant_pe	32	829	139	17%
Instituição de publicação	*ufce	121	92	43	47%
Instituição de publicação	*aben_df	85	67	31	46%
Instituição de publicação	*aben	48	495	101	20%
Instituição de publicação	*unifesp	25	171	39	23%
Instituição de publicação	*eerp	23	511	89	17%
Instituição de publicação	*unconception	16	85	21	25%
Instituição de publicação	*esenf	14	61	16	26%
Instituição de publicação	*sibis	03	35	07	20%
Instituição de publicação	*nandaint	02	50	09	18%
Instituição de publicação	*bras_ce	109	98	43	44%
País / Estado de publicação	*bras_rs	85	67	31	46%
País / Estado de publicação	*bras_df	39	525	101	19%
País / Estado de publicação	*Chile	16	35	21	25%
País / Estado de publicação	*coimbra	14	61	16	26%
País / Estado de publicação	*bras_sp	11	1283	175	14%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_df	169	67	37	65%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_sp	70	1332	231	17%

Variáveis	Forma reduzida	x ²	corpus	f classe	% classe
País / Estado do autor principal	*aut_bras_ce	29	208	47	23%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_mg	10	458	71	16%
País / Estado do autor principal	*aut_bras_rs	06	311	48	15%
Ano de publicação	*2005	54	306	73	24%
Ano de publicação	*2008	20	399	71	18%
Ano de publicação	*2010	13	411	68	17%
Ano de publicação	*2002	08	298	48	16%
Ano de publicação	*2012	70	335	114	14%
Idioma	*port	22	3915	482	12%

A análise estatística do valor de χ^2 das variáveis associadas à classe 5, ou seja, a relação entre o total de u.c.e. produzidas no *corpus* e o total de u.c.e. pertencentes à classe, evidenciou que os saberes desta classe se caracterizam por saberes produzidos predominantemente no Brasil originados, principalmente, de artigos de pesquisa. Também aparecem nesta classe os países de Portugal e Chile como países de publicação.

As formas reduzidas das palavras plenas, que definem o contexto semântico ou grupo temático apresentam relação associativa que caracteriza esta classe. Elas estão representadas no quadro 26, a seguir:

QUADRO 26. FORMAS REDUZIDAS DE PALAVRAS PLENAS ASSOCIADA À CLASSE 5, RIO DE JANEIRO, 2015

Forma Reduzida	x ²	f corpus	f classe	%Classe	Palavras Plenas e Contexto Semântico
historico_de_enferm	414	124	84	68%	Histórico de enfermagem (91)
exame_fisico	304	79	57	72%	Exame físico (65)
evolucao_de_enferma	294	86	59	69%	Evolução de enfermagem (60) evolução de enfermagem padronizada (2)
diagnostico_de_enfe	234	279	109	39%	Diagnóstico de enfermagem (117)
prescricoes_de_enfe	227	55	41	75%	Prescrições de enfermagem (42)
diagnosticos_de_enf	205	254	98	39%	Diagnósticos de enfermagem (107)
etapa+	168	329	108	33%	Etapa(44) etapas(77)
impress+	157	63	38	60%	Impressa (1) impressão (2) impresso (38) impressões (1)
evolu+	138	98	47	48%	Evolução (45) evoluíam (1) evoluir (2)
coleta_de_dados	127	89	43	48%	Coleta de dados (48)
prescricao_de_enfer	123	84	41	49%	Prescrição de enfermagem (45)
fase+	122	136	55	40%	Fase (30) fases (33)
pacient+	108	947	196	21%	Paciente (178) pacientes (62)
avali+	103	396	105	27%	Avalia (5) avaliação (88) avaliado (2) avaliam(2) avaliando(3) avaliar(20) avaliao(1)
plano_de_cuidado+	94	88	38	43%	plano de cuidado (4) plano de cuidados (37)
registr+	89	208	65	31%	Registrada (7) registrado (2) registrando (3) registrar (7) registro (48)

Forma Reduzida	x ²	f corpus	f classe	%Classe	Palavras Plenas e Contexto Semântico
prontuario+	87	164	55	34%	Prontuário (24) prontuários (68)
risco+	84	75	33	44%	Risco (38) riscos (8)
oteiro+	83	20	15	75%	Roteiro (13) roteiros (2)
alteracoes	76	32	19	59%	Alterações (21)
feit+	78	86	35	41%	Feita (10) feitas (9) feito (16)
prescricoes_de_cuid	67	32	18	56%	Prescrições de enfermagem (42)
realiz+	64	475	105	22%	Realiza (7) realização (38) realizada (22) realizado (15) realizam (3) realizando (2)
prescrit+	64	19	13	68%	Prescritas (7) prescrito (7)
infec+	61	25	15	60%	Infecção (15) infecções (1)
adulto+	59	15	11	73%	Adulto (10) adultos (1)
diagnostic+	58	01	35	35%	Diagnostica (6) diagnosticas (5) diagnostico (26)
Coletados	57	03	10	77%	Coletados (11)
dados	53	44	62	25%	Dados (32)
continuidade	53	03	25	40%	Continuidade (26)
preenchimento	52	08	15	54%	Preenchimento (15)
colet+	47	33	16	48%	Coleta (8) coletado (1) coletamos (1) coletando (3) coletar(3) coletaram(1)
informacoes	47	163	45	28%	Informações (49)
cardiac+	45	13	9	69%	Cardíaca (6) cardíaco (3)
eliminac+	43	11	8	73%	Eliminação (6) eliminações (2)
cardiologia	43	11	8	73%	Cardiologia (8)
frequente+	41	68	24	35%	Frequente (6) frequentemente (7) frequentes (11)
admiss+	40	26	13	50%	Admissão (13)
registradas	40	26	13	50%	Registradas (13)
histor+	37	72	24	33%	Historia (6) histórico (18) históricos (1)
observou_se	36	28	13	46%	Observou-se (13)
Prescritos	34	13	8	62%	Prescritos (8)
prognostico_de_enfe	34	13	8	62%	Prognostico de enfermagem (8)

Os grupos de formas reduzidas de palavras plenas têm um grau de associação entre si, que reúne uma ideia ou um sentido, caracterizando subtemas presentes neste grupo. Esses agrupamentos de formas reduzidas permitiram o resgate dos conteúdos das u.c.e. e o entendimento dos sentidos neles contidos, possibilitando assim, explorar seus conteúdos e os nomear. As variáveis representadas pelas expressões: *etapas_pe, *registr_pe e *implant_pe identificaram a área de conhecimento da classe 5, a saber, os registros das etapas do PE durante sua implementação nos diversos setores de saúde. As palavras e variáveis de maior representatividade desta classe estão apresentadas no quadro 27 sendo utilizado o corte do $x^2 > ou = 108$ gerado pelo programa Alceste.

QUADRO 27. PALAVRAS E VARIÁVEIS MAIS SIGNIFICATIVAS DA CLASSE 5. RIO DE JANEIRO, 2015

Palavras e Variáveis	χ^2	Total	Porcentagem
historico_de_enferm	414	84	68%
evolucao_de_enferma	294	59	69%
diagnostico_de_enfe	234	109	39%
prescricoes_de_enfe	227	41	75%
diagnosticos_de_enf	205	98	39%
*aut_bras_df	169	37	65%
*tex28_tese	169	37	65%
etapa+	168	108	33%
prescricao_de_cuida	161	37	63%
impress+	157	38	60%
*tex09_tese	139	33	61%
Evolu	138	47	48%
coleta_de_dados	127	43	48%
prescricao_de_enfer	123	41	49%
fase+	122	55	40%
tex41_art_rel_exp	121	43	47%
Ufce	121	43	47%
*bras_ce	109	43	44%
pacient+	108	196	21%

No quadro 27 e na figura 12 - dendograma da CHA desta classe, as formas reduzidas das palavras plenas com maior poder de associação estatística à classe (χ^2) foram: historico_de_enferm, exame_fisico, evolucao_de_enferma, diagnostico_de_enfe, prescricoes_de_enfe, diagnosticos_de_enf, etapa+, prescricao_de_cuida, impress+, evolu+, coleta_de_dados, prescricao_de_enfer, fase+, pacient+, avali+ e plano_de_cuidado+. Neste caso, o conteúdo das u.c.e. é que vai definir o contexto semântico, ou seja, o campo enunciativo da forma reduzida. As palavras selecionadas com maior poder de associação e maior frequência de aparecimento no corpus deste bloco temático do estudo foram as formas reduzidas compostas por: pacient+(947), realiz+(475), avali+(396), etapa+(329), diagnostico_de_enfe (279), dados (244) e registr+ (208). Quanto as formas reduzidas mais significativas com maior poder de associação com esta classe destacam-se: historico_de_enferm, evolucao_de_enferma, diagnostico_de_enfe, prescricoes_de_enfe, diagnósticos de_enf. Todas estas palavras nos remetem para as etapas do PE.

As variáveis tipo e número do texto ilustram as fontes de informação fundamentais, para se ter informações relacionados ao contexto da classe. Foram selecionados: três artigos de pesquisa, um artigo originado de tese, outro artigo de relato de experiência e uma tese, identificados como: tex09, tex41, tex28, respectivamente. Os textos selecionados pelo Alceste para a classe 5 apresentaram em comum a abordagem sobre a experiência da implementação

da SAE, por meio da metodologia do PE, no que diz respeito à avaliação do registro das etapas do PE através dos prontuários nos diversos cenários hospitalares.,

Na Figura 12, apresentada a seguir, a CHA representa relevância na constituição do corpus de análise composta pela classe 5 e no fortalecimento de evidências que contribuem para a compreensão da questão posta em discussão neste bloco temático. Assim, ele trata da interrelação dos núcleos significativos sobre os registros e avaliação da prática do PE, a partir das anotações de suas etapas operacionais durante a sistematização da assistência de Enfermagem nos serviços de saúde.

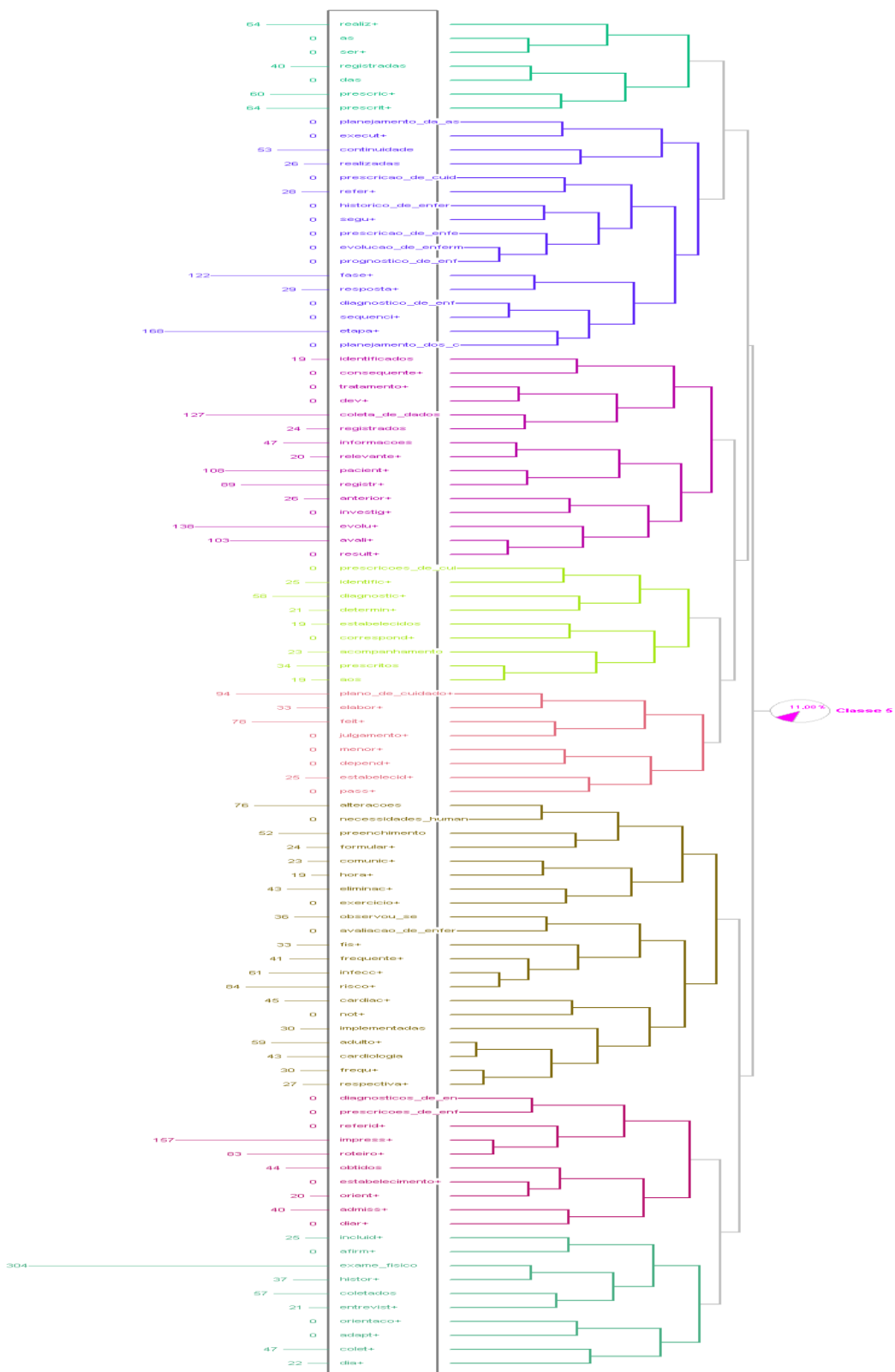


FIGURA 12. CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA ASCENDENTE (CHA) DA CLASSE 5. RIO DE JANEIRO, 2015.

Considerando a introdução da análise de conteúdo em todas as classes identificadas pelo Alceste, na classe 5 denominada “A prática dos registros de Enfermagem nos serviços de saúde”, as 180 u.c.e. foram distribuídas em dois grupos temáticos e, a partir daí, um número representativo de palavras significativas foram reagrupadas para cobrir o conteúdo das mesmas, mantendo a relação de vizinhança entre os núcleos de contexto para cada grupo temático. Assim, cada grupo temático apresenta somente as u.c.e. representativas de todo conteúdo de suas temáticas. Estes grupos e seus respectivos subtemas são apresentados, no quadro 28, a seguir:

QUADRO 28: VOCÁBULOS DE MAIOR REPRESENTATIVIDADE QUANTO A PRÁTICA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE. CLASSE 5. RIO DE JANEIRO, 2015

CLASSE 5: TEMA: REGISTROS DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	
GRUPO TEMÁTICO XIV: O USO E A NATUREZA DOS REGISTROS NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM	
Subtema: Registros de Enfermagem	Registro, referência, registradas, registrados, realiza, realizadas Prescrição, prescrita, Planejamento da assistência, prescrição, evolução, diagnóstico, prescrição de cuidados, sequência, etapas
Subtema: Vantagem dos registros sistematizados	Executa, continuidade, relevante, segurança, fase, respostas. Avaliação, cuidados, investigação, tratamento, resultado, identificados
GRUPO TEMÁTICO XV: OS REGISTROS DAS ETAPAS DO PE E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM	
Subtema: Etapas do PE	Histórico de enfermagem, entrevista, exame físico, coleta de dados, evolução de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados, planejamento dos cuidados, prescrições de enfermagem, prognóstico de enfermagem.
Subtema: Implicações dos registros na prática assistencial	Identificar, determinar, estabelecidos, elabora, corresponde, acompanhamento, avaliação de enfermagem, estabelecer necessidades
Subtema: Uso do Julgamento clínico e identificação das NHB	Julgamento, dependências, orientação, adaptado, coletado, alterações, necessidades humanas, afirmação, respectiva, referidas. Eliminação, exercício, exame físico, frequente, infecção, risco, cardíaco, adulto, cardiologia.
Subtema: Impressos de Enfermagem	Preenchimento, formulário, comunicação, hora, observou-se, Notifica, implementa, frequência, impresso, roteiro, dados coletados, checadas, checagem, checar. Orientação, admissão, diário, incluído, histórico, diários.

3.7.1.1 GRUPO TEMÁTICO XIV. O USO E A NATUREZA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM

No âmbito da saúde, as relações humanas constituem a base para a atuação dos profissionais. Assim, a comunicação - verbal ou escrita, torna-se essencial para a continuidade e avaliação do cuidado prestado ao paciente. Nos últimos anos, os profissionais vêm reconhecendo a relevância de seus registros na comunicação, principalmente para a equipe de Enfermagem, porque suas ações profissionais são centradas na assistência ao paciente. E, comunicar implica em emitir, receber e decodificar mensagens verbais e não verbais, através de expressões, simbologias, palavras e também posturas e atitudes. Para efetivar suas atividades

relacionadas a assistir o paciente, é necessário que a Enfermagem adote intensamente em sua prática um dos seus instrumentos básicos: a comunicação (SPERANDIO; ÉVORA, 2005).

A comunicação em enfermagem é definida como o processo pelo qual a equipe de Enfermagem oferece e recebe informações sobre o paciente, com o objetivo de planejar, executar, avaliar e participar, com os demais membros da equipe de saúde, da assistência prestada no processo de cuidar (REDA; PENICHE, 2008). Segundo Sperandio e Évora (2005), no cotidiano dos serviços de saúde, constantemente o fluxo da informação segue o percurso de ser recebida, processada e interpretada. E em seguida, a informação precisa ser estrategicamente transmitida, para que seja implementada de acordo com as necessidades do paciente e, finalmente, registrada.

Neste aspecto, além de garantir a comunicação entre os membros das equipes de saúde, profissionais responsáveis pelo cuidado ao paciente, os registros permitem avaliar os aspectos organizacionais, operacionais e financeiros das instituições, tanto no que se refere aos aspectos qualitativos, como aos aspectos quantitativos relacionados à assistência e qualidade dos cuidados prestados. As palavras que apontam esta ideia são *devem*, *referidos*, *registro*, *comunicação*, *informações*, *pacientes*, bem como as u.c.e., apresentadas, a seguir, que exemplificam alguns aspectos essenciais acerca dos registros:

*Os **registros** de enfermagem no prontuário **devem** incluir a declaração dos problemas **referidos** pelos **pacientes**, os diagnósticos, os tratamentos e as respostas tanto da assistência médica, como da assistência de enfermagem (u.c.e.: 322, Classe: 5, Khi²: 13, texto 4).*

*[As prescrições de enfermagem documentadas e, não somente], o **registro** do cuidado depois de executado, como pode ser observado (...), é um instrumento de **comunicação** integrante do prontuário sobre as **informações** do **paciente** (u.c.e.: 6109, Classe: 5, Khi²: 17, texto 90).*

Silva (2015) afirma que o prontuário do paciente, através dos registros e anotações de Enfermagem, deve ser o foco de atenção e principal meio de garantir o recebimento do valor gasto durante a assistência de Enfermagem prestada, uma vez que representa um documento legal contendo informações pertinentes à internação e aos cuidados que são realizados pela equipe de Enfermagem. As palavras significativas: *registros de Enfermagem*, *pagamentos*, *análise dos prontuários* e *cobrança*, bem como a abordagem apresentada na u.c.e. a seguir retratam esta posição:

*No Brasil, os **registros de enfermagem** vêm sendo considerados para **pagamentos** na assistência a saúde prestada ao cliente pela **análise dos prontuários**, garantindo justa **cobrança** e **pagamento** adequado. (u.c.e.: 2290; Classe : 5 Khi² : 19, texto 34).*

A preocupação com a qualidade das informações nos registros de Enfermagem deve ser composta a partir de critérios que especifiquem, de forma clara, as anotações de Enfermagem na forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao cliente e aos seus cuidados. (SILVA, 2015). Ainda, neste mesmo contexto, Santos et al. (2014) ressaltam que os registros de Enfermagem, por permitirem a avaliação dos procedimentos implementados e possibilitarem a determinação da qualidade da assistência prestada, atuam como instrumentos facilitadores do (re)planejamento e da coordenação do cuidado. Assim, as palavras significativas: *avaliação do cuidado, análise, registro, sistematização da assistência, identificar, resultados, resposta, cuidados de enfermagem, modificar e plano de cuidado*, bem como a u.c.e., a seguir, corroboram com as posições destas autoras:

A avaliação do cuidado ao paciente é caracterizada pela análise do registro de toda a sistematização da assistência, em que se objetiva identificar se foram atingidos resultados de forma satisfatória (...), o que depende da resposta do paciente às prescrições de cuidados de enfermagem permitindo modificar o plano de cuidado, caso seja necessário (u.c.e.: 3823, Classe: 5, Khi²: 22, texto 58).

Portanto, os profissionais de Enfermagem precisam reconhecer que o relato adequado dos fatos é fundamental. Devem reconhecer também a necessidade de ter a consciência de que o que escrevem nos prontuários são registros permanentes. E, por isto, estes devem ser precisos, expressos com fidedignidade em relação aos cuidados prestados ao paciente, desde o momento de sua admissão até a alta da instituição. satisfação do cliente. A qualidade do registro das ações assistenciais reflete a qualidade da assistência e a produtividade do trabalho. E, com base nesses registros, pode-se permanentemente construir melhores práticas assistenciais, além de implementar ações que visem melhorias nos resultados operacionais (FONSECA, et al, 2005).

Todas as respostas dos pacientes ao tratamentos medicamentosos e não medicamentosos, bem como ocorrências e intervenções realizadas pela equipe de saúde devem merecer atenção dos profissionais, no que se refere ao registro dos fatos. As palavras significativas *coleta de dados, cuidados identificados, admissão, primeiras vinte e quatro horas, etapas, informações registradas, intervenções, resultados alcançados, registro, maneira sistemática, continuidade e comprometida*, bem como as u.c.e. a seguir, reforçam estas afirmações:

[O registro da] coleta de dados e as necessidades de cuidados identificados no paciente devem ser realizados no ato da admissão ou no decorrer das primeiras vinte e quatro horas e as informações registradas no prontuário do paciente (u.c.e.: 2744, Classe: 5, Khi²: 38, texto 41).

As **intervenções** e os **resultados alcançados** devem ser **registrados, todos** os dias, e o **registro** do status do paciente durante as **vinte quatro horas**. Se as **etapas** do processo de enfermagem **não foram** realizadas de **maneira sistemática**, a **continuidade** do cuidado poderá ser **comprometida** (u.c.e.: 4737, Classe: 5, Khi²: 32, texto 71).

Entretanto, o que se observa na prática assistencial é que os enfermeiros e os demais membros da equipe de Enfermagem continuam negligenciando o registro de suas atividades. Na maioria das vezes, o enfermeiro, não realiza o registro no prontuário do paciente de forma clara e objetiva, como, por exemplo: os itens observados durante o plantão, os cuidados prestados, o plano terapêutico a ser realizado, a avaliação acerca dos resultados das intervenções e das alterações no quadro clínico do paciente, dentre outros. As palavras significativas: *paciente, registros de enfermagem, coleta de dados, plano de cuidados, evolução de enfermagem, avaliação de enfermagem, sistematizada e sem documentação*, bem como as u.c.e. a seguir, destacam:

*Observou-se que alguns enfermeiros (...) referem realizar **apenas** o **registro** da **evolução de enfermagem** considerando que esta é uma **avaliação** do **paciente**, isso leva a crer que provavelmente os enfermeiros estão coletando dados, identificando problemas de enfermagem do **paciente** e planejando os seus cuidados de **forma não sistematizada e sem documentação**. (u.c.e.: 6575, Classe: 5, Khi²: 16, texto 98).*

*(...) Constatou-se que os **registros de enfermagem** não mais evidenciavam a **inter-relação** entre as **informações** apresentadas na **coleta de dados** com os diagnósticos de enfermagem estabelecidos e, conseqüentemente, com o **plano de cuidados** e a **avaliação de enfermagem**. [A prescrição de cuidados de enfermagem continuava sendo registrada regularmente, mas isso não ocorria com as demais etapas do processo de enfermagem] (u.c.e.: 19; Classe: 5; Khi²: 18, texto 1).*

Os registros também são fundamentais para a qualidade dos processos de auditoria nas instituições e serviços de saúde. As instituições passaram a se preocupar em utilizar a auditoria, de forma contínua em suas organizações, visto que a sociedade está cada vez mais convicta de seus direitos (OLIVEIRA; TOLEDO, 2015). Neste sentido, cabe a equipe de Enfermagem manter o prontuário sempre atualizado, conforme destacam as palavras representativas: *sistematização da assistência de enfermagem, processo de enfermagem, registros de enfermagem, anotadas, prontuário, informações relevantes, completa e paciente*, bem como a u.c.e. a seguir mostra:

*Ao abordar a **sistematização da assistência de enfermagem**, por meio do **processo de enfermagem**, subentende-se que os **registros de enfermagem** permeiam **todas** as suas etapas **devendo ser anotadas no prontuário** todas as **informações relevantes** relacionadas ao **paciente** da **forma mais completa possível** desde o histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, até a evolução e avaliação de enfermagem (u.c.e.: 1663, Classe: 5, Khi²: 19, texto 26).*

Os registros de Enfermagem, quando escassos e inadequados, comprometem a assistência prestada ao paciente, bem como a instituição e a equipe de Enfermagem. Existe um

comprometimento da segurança e do cuidado ao paciente, o que prejudica a mensuração dos resultados assistenciais advindos da prática do enfermeiro (FRANÇOLIN et al., 2012). Por isto, os registros são essenciais na avaliação das atividades do enfermeiro, porque são empregados em todas as situações das etapas do PE, tais como: entrevista e exame físico, planejamento da assistência, prescrições dos cuidados, anotações dos procedimentos realizados pelos membros da equipe, avaliação dos cuidados e orientações dadas ao paciente, família e comunidade (OLIVEIRA et al., 2005).

As palavras significativas confirmam esta posição, a saber: *etapas, processo de enfermagem, deficiências, coleta de dados, registros de enfermagem, ausência, diagnóstico de enfermagem, avaliação clínica, falta, conhecimento, investigação, instituição, prescrição de cuidados de enfermagem, enfermeiro, avalia e ações*, bem como as u.c.e. apresentadas a seguir:

*Como mencionado anteriormente, (...) demonstrou-se **deficiências na coleta de dados dos registros de enfermagem e ausência da etapa do diagnóstico de enfermagem**. Esta **deficiência** pode ser devida à **falta de avaliação clínica dos dados relativos** à história do paciente e o exame físico **registrado** pelo enfermeiro ou, provavelmente, à **falta de conhecimento** sobre como usar este passo durante a prática da **investigação na instituição** (u.c.e.: 1517, Classe: 5, Khi²: 28, texto 23).*

*[Os diagnósticos de enfermagem, quando estabelecidos, não são utilizados para a fundamentação da prescrição de cuidados de enfermagem, como pode ser observado na resposta desse enfermeiro]: Não usei o diagnóstico de enfermagem para fazer a **prescrição de cuidados de enfermagem**, mas **deveria usar**. Por outro lado, **o enfermeiro** muitas vezes **avalia** o paciente e determina **as ações** a serem **realizadas**, mas estas não são registradas (u.c.e.: 38, Classe: 5, Khi²: 22, texto 1).*

*Nota-se que as **etapas do processo de enfermagem** consideradas na literatura internacional e **as fases** da sistematização da assistência de enfermagem propostas pelo COREN não são **similares**, (...) a implementação **não é explicitada**, o **diagnóstico** não é mencionado e o planejamento **restringe-se** à prescrição (u.c.e.: 3606, Classe: 5, Khi²: 20, texto 55).*

Takahashi et al. (2008), descrevem as dificuldades apontadas por enfermeiras para a manutenção e execução e os registros das diversas etapas do PE, de maneira contínua vinculando sua capacitação para execução destas atividades à conscientização sobre sua essencialidade. A falta de conhecimento para a realização do PE é o motivo principal para que os enfermeiros deixem de executá-lo em seu cotidiano. Consequentemente, deixam de se conscientizar de seu compromisso e envolvimento com a metodologia assistencial. Confirmando estas afirmações destacam-se as u.c.e. e as palavras significativas: *execução, registro, prontuário, acompanhar, etapas, execução, cuidados de enfermagem, evolução de enfermagem, respostas, entrevista, exame físico, diagnóstico de enfermagem, planejamento, resultados,*

planejamento, intervenções de enfermagem, motivos, registro, etapa, conhecimento, teórico, evolução, falta, continuidade, bem como as u.c.e apresentadas, a seguir:

*(...) Os motivos atribuídos às dificuldades na **execução e registro da evolução** de enfermagem, foram; falta de conhecimento e falta de tempo, respectivamente, **prontuário não disponível; não acompanhar a evolução do paciente diariamente**, por não realizar outras **etapas** do processo para execução; prescrição de enfermagem, planejamento dos **cuidados de enfermagem** e prescrição de cuidados e **evolução de enfermagem** (u.c.e.: 815, Classe: 5, Khi²: 35, texto 11).*

*Observa-se que, para a coleta de dados, as **respostas** demonstram **dificuldades** na execução da **entrevista e no exame físico**. Quanto aos componentes do **diagnóstico de enfermagem**, as citações eram **dificuldades** na identificação das características definidoras; no estabelecimento de categorias diagnósticas; e nos fatores relacionados. Quanto ao **planejamento** da assistência, as respostas indicavam **dificuldades** na determinação dos **resultados esperados** e na proposta de **intervenções de enfermagem** (u.c.e.: 819, Classe: 5, Khi²: 35, texto 11).*

*Quanto aos **motivos** atribuídos às **dificuldades** encontradas na **execução e registro de cada etapa do processo de enfermagem**. (...) falta de tempo; limitação do paciente em **informar; impresso inadequado e falta de conhecimento teórico**. E, finalmente, os motivos atribuídos às dificuldades na **execução da evolução de enfermagem** foram **prontuário não disponível; não acompanhar a evolução diariamente**, por **não realizar** outras **etapas** do processo, falta de **continuidade** (...) como a prescrição, **planejamento e evolução de enfermagem**, a falta de conhecimento. e falta de tempo (u.c.e.: 809, Classe: 5, Khi²: 20, texto 11).*

Neste grupo temático, a prática dos registros na Enfermagem apontou para as dificuldades relacionadas à comunicação escrita e verbal, evidenciando falhas no processo de implantação do SAE, Os registros das atividades do PE aparecem incompletos e/ou todas as anotações e informações referentes aos cuidados prestados ao paciente não são realizadas. O que compromete o trabalho da equipe, a avaliação e a continuidade da assistência prestada.

Na atualidade, a prática dos registros passou a ser obrigatório também como um instrumento para avaliar a qualidade dos serviços prestados aos pacientes e à sociedade. Identificou-se, com isso, a necessidade de qualificar o profissional de saúde para exercer esta atividade nas instituições que prestam serviços de saúde, públicos ou privados. Esta nova necessidade abriu um novo campo profissional para a Enfermagem nas equipes de auditoria.

A auditoria de enfermagem é a avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente pela análise dos prontuários e pela verificação da compatibilidade entre o procedimento realizado e os itens que compõem a conta hospitalar cobrada Nas organizações de saúde, a auditoria configura-se como uma importante ferramenta na transformação dos processos de trabalho em hospitais e operadoras de planos de saúde, os quais estão buscando se reestruturar para manterem a qualidade do cuidado prestado e garantirem uma posição competitiva no mercado de trabalho (FONSECA, et.al.,2005).

A auditoria é definida como uma ferramenta gerencial utilizada pelos enfermeiros para avaliar a qualidade da assistência de Enfermagem e os custos gerados pela prestação desta atividade, cujo foco principal é sua dimensão contábil. Desta forma, a auditoria em Enfermagem busca atender as necessidades das instituições de saúde no controle dos fatores geradores de alto custo. No âmbito hospitalar, por exemplo, a Enfermagem é usuária da maior parte dos materiais de consumo, o que requer atenção aos custos envolvidos no processo de cuidar, no intuito de garantir a provisão e adequação dos recursos e, principalmente, da qualidade da assistência (SILVA, 2015).

Segundo o COFEN (BRASIL, 2011), o enfermeiro auditor, no exercício de suas funções, deve ter uma visão holística, além de conhecimentos sobre os indicadores da qualidade de gestão, de assistência e dos aspectos econômicos e financeiros, observando o bem-estar do ser humano, enquanto paciente/cliente (BRASIL, 2011).

Pelo exposto, os registros nos prontuário são recursos fundamentais para a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, especialmente na Enfermagem. Somente a partir da conscientização de todos os membros da equipe de Enfermagem sobre o significado e os desdobramentos desta prática para o paciente, a instituição e o profissional, é que será desenvolvido o hábito de se comunicar com responsabilidade, através do registro de informações exatas, atualizadas, claras, concisas e objetivas, que expressam com fidedignidade todos os cuidados prestados.

3.7.1.2 GRUPO TEMÁTICO XV. OS REGISTROS DAS ETAPAS DO PE E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Na maioria das vezes as anotações ou registros são deficientes, pouco esclarecedores e não ocorrem de maneira sistemática ou organizada. Neste contexto, os registros de uma ou mais etapas do PE estão ausentes, negligenciados ou incompletos, sem que haja uma continuidade entre a etapa de coleta de dados e os resultados esperados, o que dificulta o trabalho da equipe de enfermagem e a elaboração de novas propostas de intervenções de enfermagem.

Entretanto, o cuidado é o núcleo da prática cotidiana de Enfermagem. Para realizar as atividades de cuidado, o enfermeiro necessita de instrumental conceitual e técnico para abordar a realidade da prática, além de um método de organização sistemático e racional de ações para alcançar os objetivos da assistência. Para que o cuidado seja operacionalizado e implementado, o enfermeiro necessita utilizar-se do registro de todas as etapas do PE, o que possibilita aos pacientes internados, a identificação de suas necessidades humanas básicas afetadas e assim, a identificação dos diagnósticos e respectivas intervenções de enfermagem e, posteriormente, a

avaliação das respostas dos pacientes frente aos cuidados prestados pela equipe de enfermagem (REPPETTO, 2005).

Sendo assim, para garantir um cuidado de qualidade o enfermeiro deve avaliar, continuamente, todas as informações registradas no prontuário, pois elas refletem a necessidade de cuidado, o atendimento realizado pela equipe de saúde e enfermagem e a avaliação do tratamento prestado, o que vai determinar a mudança ou manutenção do plano assistencial do paciente. Para que isso ocorra, as fases do PE devem estar descritas de forma clara e objetiva, de maneira a conter os registros das evoluções, reações e preocupações do paciente. Nestes registros, a equipe de enfermagem deve utilizar termos que expliquem os fatos de forma sistemática descrevendo todas as intervenções e respostas do paciente.

As palavras que ilustram esta abordagem são: *sistematização da assistência, enfermagem, processo de enfermagem, registros de enfermagem, informações, etapas, registradas, evolução de enfermagem, avaliação, planejamento, resultados das, cuidados de enfermagem e plano de cuidados*, bem como as u.c.e. apresentadas, a seguir, destacam as premissas necessárias ao PE:

*Ao abordar a **sistematização da assistência de enfermagem**, por meio do **processo de enfermagem**, subentende-se que os **registros de enfermagem** permeiam todas as suas **informações completas, etapas** devendo ser **registradas** no prontuário do paciente as desde o [histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, até a evolução avaliação de enfermagem] (u.c.e.: 1663, Classe: 5, Khi²: 19, texto 26).*

*Durante a implementação de **cuidados de enfermagem**, o enfermeiro **avalia** continuamente o paciente e sua **resposta** aos cuidados de enfermagem. As revisões são feitas no **plano de cuidados** com a mudança das condições, problemas e **respostas** do paciente e quando a reordenação das prioridades é necessária. (u.c.e.: 5659, Classe: 5, Khi²: 16, texto 83).*

*A **evolução de enfermagem** é o **registro** realizado após a **avaliação** do estado geral do paciente tem como objetivo nortear o **planejamento** da assistência a ser prestada e informar o **resultado das** condutas de enfermagem **implementadas** (u.c.e.: 1855, Classe: 5 Khi²: 20, texto 28).*

Para Garcia e Nóbrega (2004), por um lado, pouco ou nenhum registro sistemático da SAE / PE pode resultar em ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional, o que poderia, talvez ser considerado mais sério, em ausência ou dificuldade de avaliação de sua prática. A falta de um protocolo, impresso e/ou papel específico para os registros das etapas do PE pode representar um dos fatores que contribuem para que o enfermeiro negligencie esta atividade.

Assim, a falta de registro de qualquer etapa do PE gera uma lacuna na avaliação da assistência, podendo ter consequências desastrosas, sejam estas no campo assistencial ou gerencial, o que dificulta a implementação da SAE na instituição de saúde. Um dos cortes

executados na CHA desta classe amplifica essa afirmação com as palavras representativas: *diagnóstico de enfermagem, prescrições de enfermagem, referido, impressos, roteiro, protocolos, estabelecimento, etapas, fase e orientação*. Vejamos abaixo algumas u.c.e. que demonstram esta análise.

*[Um estudo (...) sobre a diferença entre teoria e prática vivenciada quanto à realização dos diagnósticos de **enfermagem** mostrou que] os enfermeiros **não realizavam** esta **fase** do processo, **apenas** faziam a **evolução do paciente** para **registrar parte de suas ações**. Foi observado, que o diagnóstico de enfermagem era desenvolvido, de acordo com os **dados coletados** na **primeira fase** do processo de enfermagem e que **todas as ações** eram **planejadas**, conforme esta **etapa** (u.c.e.: 2400, Classe: 5, Khi²:18, texto 35).*

*Os **roteiros** do **histórico de enfermagem** e do **exame físico** até o momento não foram elaborados, existindo os **protocolos da evolução** de enfermagem e **prescrição de cuidados** de enfermagem **pouco fiéis** ao ensinamento teórico. O protocolo da **evolução de enfermagem** foi **formulado** contendo apenas como **orientação**, a redação que **deve ser clara**, sucinta, evitando repetição das **observações** já **anotadas**. (u.c.e.:457, Classe: 5, Khi²: 29, texto 6).*

Todas as etapas do PE devem estar descritas de forma clara e objetiva, para conterem os registros das evoluções, reações e preocupações do paciente. Para tal, deve-se utilizar termos que expliquem os fatos de forma sistemática, por descreverem todas as intervenções e respostas do paciente. No entanto, na maioria das vezes, estas anotações são deficientes, pouco esclarecedoras e não ocorrem de maneira sistemática ou organizada, sendo que os registros de uma ou mais etapas do PE são negligenciados ou incompletos, sem que haja uma interrelação entre a etapa de coleta de dados e os resultados esperados, o que dificulta o trabalho da equipe de enfermagem e a elaboração de novas propostas de intervenções de enfermagem. A u.c.e. apresentada, a seguir, destaca as seguintes palavras representativas do exposto: *assistência, eficaz, histórico de enfermagem, avaliação, prescrição, evolução, fases, interdependentes, complementares, registrar e ações*.

*[A prescrição de cuidados de enfermagem evidencia um plano de cuidados sem fundamento quando o processo apresenta inexistência de outras fases que sustentem sua elaboração]; assim não conduz a uma **assistência eficaz**. Deve ser elaborada a partir do **histórico de enfermagem e da avaliação** do quadro clínico. Explica-se essa **desarmonia** de interação entre a **prescrição e evolução** por não estar claro que essas duas **fases** devem ser **interdependentes e complementares**, que devem **registrar** diariamente as **ações** [e descrever o resultado dessas ações, bem como o estado em que se encontra o paciente durante as vinte e quatro horas] (u.c.e.: 466, Classe: 5, Khi²: 18, texto 6).*

Os registros das etapas do PE, principalmente, a fase do DE foi observado em um estudo, descritivo e observacional, realizado por Roque, Melo e Tonini (2007), em uma unidade de transplante renal. Neste estudo, ficou evidente que o registro de enfermagem esteve presente nas 24 horas de internação. Porém, os DE só contemplavam a dimensão biológica, enquanto as ações de cuidar ricas em subjetividade não foram registradas, apesar de ofertadas.

Os resultados demonstraram que a equipe de enfermagem ainda não agrega ao cuidado subjetivo a devida importância como podemos analisar nas ligações das palavras: *necessidades, alterações, humanas, eliminação, exercício, observação, avaliação, físico, frequente, infecções, risco, psico-espirituais, psicossociais, adulto, cardiologia, cardíaca, notificação*. As u.c.e. abaixo reforçam estes agrupamentos:

*[Verificou-se que ocorre o preenchimento, com maior frequência, da prescrição de cuidados de enfermagem], seguido do histórico de enfermagem, e com menor frequência da evolução e diagnóstico de enfermagem. Com relação ao formulário **histórico de enfermagem**, observaram-se **registros** das **necessidades, alterações relativas às condições biológicas e fisiológicas**, o que demonstra a **necessidade de ampliar o olhar** para outras **necessidades**, sobretudo das **psico-sócio-espirituais** do cliente (u.c.e.: 1876, Classe: 5, Khi²: 22, texto 28).*

*[Autores já referiram que os profissionais de enfermagem não dão a devida atenção aos problemas das áreas psico-espiritual e psicossocial,] tanto que o estudo mostrou que os **prontuários** continham um **baixo percentual de registros** direcionados às **áreas referidas** e, em sua maioria, foi de características **incompletas**, o que, provavelmente, seja reflexo do modelo usado em muitas **escolas de enfermagem**, que demonstram pouco interesse no ensino dos **aspectos psicossociais** (u.c.e.: 364, Classe: 5, Khi²: 62, texto 4).*

Outro aspecto a ser observado é a dificuldade dos enfermeiros na fase da elaboração dos DE pois, na maioria das vezes, os enfermeiros não utilizam a classificação da NANDA de forma adequada. Observa-se, que o enfermeiro percebe a classificação como sendo composta de termos criados para descrever uma condição de forma aleatória. Para Herdman (2011) os rótulos de DE devem descrever um conceito, incluindo conceitos de promoção da saúde, não apenas "problemas", identificado por sinais/sintomas que podem ser obtidos durante a avaliação de enfermagem, avaliação do histórico do paciente/familiar, exames de diagnóstico e realização de diversos instrumentos de triagem. As u.c.e. abaixo destacam alguns destes aspectos:

*[O diagnóstico de enfermagem é o resultado do exame físico e emocional do cliente, no qual o enfermeiro detecta sinais ou sintomas que são indicadores de desvio de saúde a riscos a que o cliente é submetido]. Descreve os **problemas de saúde atuais ou potências** que os **enfermeiros** podem tratar, com modos terapêuticos específicos. Ressalta-se que o **diagnóstico de enfermagem** é valioso para o **planejamento da assistência de enfermagem**, no entanto, constatou-se o preenchimento **parcial de diagnósticos de enfermagem** relativos às **alterações** do exercício, locomoção, cardiológicas, autocuidado, integridade física, integridade cutaneomucosa, nutrição, hidratação e eliminação (u.c.e.: 1837, Classe: 5, Khi²: 18, texto 28).*

*Foi possível **identificar** o preenchimento mais frequente das seguintes **necessidades**; nutrição, hidratação, higiene, cuidado corporal, integridade física, sono, repouso e integridade cutaneomucosa. Esses **resultados** apontam que os **enfermeiros** dão maior ênfase aos **cuidados** voltados para o **atendimento das necessidades biológicas** (u.c.e.: 1826, Classe: 5, Khi²: 18, texto 28).*

Diante do exposto neste eixo temático vale ressaltar que estes núcleos possuem uma associação significativa com o anterior, pois ambos destacam que, para garantir assistência de

enfermagem continuada e qualificada, o registro de enfermagem tem um papel fundamental, por ser um instrumento essencial para garantir a comunicação entre os seus pares, ou seja, os pacientes e demais membros da equipe de saúde e enfermagem.

Os registros são elementos imprescindíveis na sistematização da assistência, pois quando redigidos de maneira correta retratam a realidade e qualidade dos cuidados prestados, permitem uma efetiva comunicação, fornecem elementos essenciais para a realização de auditoria e são uma exigência ética e legal, que garante respaldo aos profissionais de saúde.

Os registros nos prontuários disponibilizam dados sobre a assistência prestada e a evolução do estado geral do paciente, contribuindo para a implementação do cuidado integral. A prática das anotações e dos registros merece atenção redobrada de todos os profissionais da equipe de saúde, principalmente, dos membros da equipe de enfermagem, pois o seu processo de trabalho é caracterizado pela continuidade de assistência. A equipe de enfermagem se ocupa da prestação de cuidados e avaliação do paciente durante 24 horas por toda sua permanência na instituição.

Entretanto, é fundamental que os registros realizados nos prontuários sejam de boa qualidade para se tomarem referência para o profissional, o paciente e a instituição de saúde, no que diz respeito aos aspectos éticos e legais. Os dados extraídos dos registros envolvem todos os profissionais de saúde, pois fornecem informações para a construção de indicadores de qualidade de assistência, além de dar subsídio para o desenvolvimento de outras áreas de atuação da Enfermagem como a pesquisa e o ensino.

3.7.2 CLASSE 6. Aspectos éticos e legais das anotações e dos registros de enfermagem

Os aspectos operacionais desta classe são caracterizados pela presença de 425 u.c.e, correspondendo a 7,86% do corpus na classe, com 201 formas reduzidas de palavras plenas incluindo todas as variáveis de identificação, dentre as quais foram selecionadas 41 formas reduzidas das 122 palavras caracterizadas na amostra do estudo, considerando-se o $\chi^2 > \text{ou} = 34$. As variáveis válidas selecionadas no corpus totalizaram 42 nesta classe.

As 425 u.c.e. selecionadas pelo programa Alceste são os enunciados que formam o discurso analisado. As variáveis associadas a esta classe foram relacionadas ao número e tipo de textos, tema dos textos, instituição de publicação, país / estado de publicação, país / estado do autor principal e ano de publicação. Os 16 textos selecionados pelo Alceste nesta classe receberam as seguintes siglas: *tex02_art_pesq, *tex54_art_pesq, *tex91_art_pesq, *tex35_art_pesq, *tex17_art_pesq, *tex34_art_pesq, *tex04_art_pesq, *tex37_dissert,

*tex102_art_pesq, *tex06_art_pesq, *tex71_art_pesq, *tex14_art_pesq, *tex32_art_pesq, *tex26_art_pesq, *tex56_tese e *tex105_art_pesq.

O Quadro 28 mostra as variáveis identificação e a caracterização associadas a esta classe, com seus respectivos dados estatísticos. Neste sentido, nas variáveis país de origem do autor ou da Instituição responsável pela publicação, tipo de texto, ano de publicação e tema destacaram-se: Brasil, artigos de pesquisas, dois trabalhos de pós-graduação, uma tese e uma dissertação, todos publicados nos anos de 2001, 2009, 2008, 2003 e 2012. As temáticas que caracterizaram o saber desta classe versaram predominantemente sobre significado dos registros e do PE. Estas variáveis foram organizadas no quadro 28, apresentado, a seguir, segundo o valor de χ^2 em ordem decrescente.

QUADRO 29: VARIÁVEIS DE IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO ASSOCIADA À CLASSE 6. RIO DE JANEIRO, 2015

Variáveis	Forma Reduzida	χ^2	f Corpus	f Classe	% Classe
Número do texto/Tipo de estudo	*tex02_art_pesq	300	75	46	61%
Número do texto/Tipo de estudo	*tex54_art_pesq	237	47	32	68%
Número do texto/Tipo de estudo	*tex91_art_pesq	185	51	30	59%
Número do texto/Tipo de estudo	*tex35_art_pesq	144	65	31	48%
Número do texto/Tipo de estudo	*tex17_art_pesq	138	43	24	56%
Número do texto/Tipo de estudo	*tex34_art_pesq	133	41	23	56%
Número do texto/Tipo de estudo	*tex04_art_pesq	74	49	20	41%
Número do texto/Tipo de estudo	*tex37_dissert	61	51	19	37%
Número do texto/Tipo de estudo	*tex102_art_pesq	52	57	19	33%
Número do texto/Tipo de estudo	*tex06_art_pesq	20	67	15	22%
Número do texto/Tipo de estudo	*tex71_art_pesq	18	50	12	24%
Número do texto/Tipo de estudo	*tex14_art_pesq	18	50	12	24%
Número do texto/Tipo de estudo	*tex32_art_pesq	8	48	9	19%
Número do texto/Tipo de estudo	*tex26_art_pesq	4	54	8	15%
Número do texto/Tipo de estudo	*tex56_tese	3	39	6	15%
Número do texto/Tipo de estudo	*tex105_art_pesq	3	24	4	17%
Instituição de publicação	*eerp	93	511	96	19%
Instituição de publicação	*unc	71	98	30	31%
Instituição de publicação	*eeufmg	36	94	23	24%
Instituição de publicação	*eeusp	21	533	69	13%
Instituição de publicação	*aben_df	20	67	15	22%
Instituição de publicação	*nandaint	18	50	12	24%
Instituição de publicação	*unifesp	11	171	25	15%
Instituição de publicação	*uerj	4	54	8	15%
País/ Estado do autor principal	*aut_bras_sp	164	1332	214	16%
País /Estado de publicação	*bras_sp	112	1283	190	15%
País/ Estado do autor principal	*aut_colombia	49	146	34	23%

Variáveis	Forma Reduzida	χ^2	f Corpus	f Classe	% Classe
País /Estado de publicação	*colombia	34	181	35	19%
País /Estado de publicação	*bras_mg	18	161	27	17%
País /Estado de publicação	*eua	6	223	27	12%
País /Estado de publicação	*esp	6	429	47	11%
País/ Estado do autor principal	*aut_bras_rgs	4	54	8	15%
País/ Estado do autor principal	*aut_mex	3	39	6	15%
País/ Estado do autor principal	*aut_bras_pe	3	78	10	13%
País/ Estado do autor principal	*aut_bras_pr	3	347	35	10%
Ano de publicação	*2009	26	723	91	13%
Ano de publicação	*2001	36	317	53	17%
Ano de publicação	*2008	12	399	49	12%
Ano de publicação	*2003	8	284	35	12%
Ano de publicação	*2012	7	835	85	10%
Tema	*registr_pe	494	708	204	29%
Tema	*sig_pe	3	39	6	15%

O contexto semântico das formas reduzidas de palavras plenas com maiores valores de χ^2 expressa um panorama geral da classe em relação aos seus conteúdos. A análise das formas reduzidas juntamente com as formas plenas das palavras e o conteúdo das u.c.e. possibilitou o delineamento de uma configuração do campo da classe, a partir da identificação das relações entre os diferentes elementos (palavras plenas) que compõem os enunciados, determinando assim, novos contextos semânticos organizados em grupos temáticos, a saber: grupo temático XVI. Avaliação dos registros de enfermagem no serviço de saúde; e, o grupo temático XVII. Aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem.

O resgate das u.c.e. a partir das palavras plenas características deste grupo possibilitou o reagrupamento dos enunciados, a exploração de seus conteúdos, a identificação e nomeação e, posterior descrição dos temas que compõem o contexto temático deste grupo, que evidenciou conteúdos que versam sobre a utilização dos registros de enfermagem nos diversos cenários da assistência de enfermagem, bem como os aspectos éticos e legais das anotações e dos registros de enfermagem. As formas reduzidas das palavras plenas que definem este contexto semântico ou grupo temático e que apresentam relação associativa caracterizando esta classe estão representadas no quadro 30, a seguir.

QUADRO 30. FORMAS REDUZIDAS DE PALAVRAS PLENAS ASSOCIADA À CLASSE 6. RIO DE JANEIRO, 2015

Forma Reduzida	x ²	f corpus	f classe	% Classe	Palavras Plenas e Contexto Semântico
anotacoes	343	50	39	78%	Anotações (43)
prontuario+	324	164	74	45%	Prontuário (24) prontuários (68)
med+	260	205	77	38%	Media (15) médias (6) medica (26) medicas(5) medico(9) médicos (8) médio (7)
total+	252	61	38	62%	Total (41) totalmente (1)
registros	194	221	72	33%	Registros (80)
presenca	190	36	25	69%	Presença (28)
percentu+	139	23	17	74%	Percentuais (2) percentual (17)
escore+	134	29	19	66%	Escore (15) escores (13)
medica+	125	20	15	75%	Medicamento (1) medicamentos (16)
turno+	121	44	23	52%	Turno (21) turnos (3)
completos	119	16	13	81%	Completos (16)
complet+	111	54	25	46%	Completa (15) completar (2) completas (6) completo (2)
alta+	101	50	23	46%	Alta (23) altamente (1) altas (1)
intern+	99	67	27	40%	Interna (2) internação (26) internado (1)
preenchidos	97	14	11	79%	Preenchidos (11)
anotacoes_de_enf	82	31	16	52%	Anotações de enfermagem (16)
erro+	80	25	14	56%	Erro (2) erros (13)
cirurg+	76	33	16	48%	Cirurgia (1) cirurgias (1) cirúrgica (8) cirúrgicas (1) cirúrgico (7) cirúrgicos (2)
pontu+	62	20	11	55%	Pontuação (11) pontuais (1)
ausente+	62	14	9	64%	Ausente (3) ausentes (8)
pacient+	57	947	131	14%	Paciente (179) pacientes (62)
maior+	56	320	60	19%	Maior (35) maiores (1) maioria (26)
sinais_e_sintomas	56	15	9	60%	Sinais e sintomas (10)
parcial+	52	30	13	43%	Parcial (10) parcialmente (4)
incomplet+	51	23	11	48%	Incompleta (3) incompletas (8)
encontrados	48	32	13	41%	Encontrados (13)
inexist+	47	14	8	57%	Inexistência (3) inexistente (2) inexistentes (2) inexistiam (1)
verificou_se	46	21	10	48%	Verificou-se (10)
relacionados	43	69	20	29%	Relacionados (20)
evolucoes	42	12	7	58%	Evoluções (7)
observa_se	42	54	17	31%	Observa-se (17)
analizados	42	44	15	34%	Analisados (15)
risco+	37	75	20	27%	Risco (38) riscos (8)
prescric+	35	78	20	26%	Prescrição (19) prescrições (12)
administr+	35	55	16	29%	Administração (10) administrada (1) administrado (1) administram (1)
vari+	34	56	16	29%	Variação (2) variado (1) variando (2) variar(1) variaram(2) variava(2) variáveis(6)
ating+	34	26	10	38%	Atingiram (7) atingiu (2) atingível (1)
estud+	34	549	78	14%	Estudada (2) estudado (2) estudando (1) estudante (1) estudantes (4) estudar(1)

Nesta classe, das 201 variáveis e formas reduzidas foram selecionadas um total de 122 palavras e 42 variáveis mais significativas, após o corte de $x^2 = 34$ realizado pela pesquisadora. Posteriormente, o corpus das palavras e variáveis mais significativas geradas pelo Alceste considerou o corte de $x^2 > \text{ou} = 133$, como pode ser observado no quadro 31, apresentado, a seguir:

QUADRO 31. PALAVRAS E VARIÁVEIS MAIS SIGNIFICATIVAS DA CLASSE 6. RIO DE JANEIRO, 2015

Palavras e Variáveis	x^2	Total	Porcentagem
Cento	923	132	63%
*registr_pe	494	204	29%
Anotacoes	343	39	78%
prontuario+	324	74	45%
*tex02_art_pesq	300	46	61%
med+	260	77	38%
total+	252	38	62%
Item	252	34	68%
*tex54_art_pesq	237	32	68%
Registros	194	72	33%
presenca	190	25	69%
*tex91_art_pesq	185	30	59%
*aut_bras_sp	164	214	16%
por	157	170	18%
*tex35_art_pesq	144	31	48%
percentu+	139	17	74%
quarenta	139	35	43%
*tex17_art_pesq	138	24	56%
escore+	134	19	66%
*tex34_art_pesq	133	23	56%

As formas reduzidas das palavras plenas com maior poder de associação estatística (x^2) à classe 6 são: *anotacoes*, *prontuario+*, *med+*, *total+*, *registros*, *presenca*, *percentu+*, *escore+*, *medica+*, *turno+*, *completos*, *complet+*, *alta+*, *intern+*, *preenchidos*, *anot+*. As formas reduzidas *pacient+(947)*, *estud+(549)*, *maior+(320)*, *unidade+(308)* e *registros (221)* apresentam as maiores frequências de aparecimento no grupo temático.

Neste caso, o conteúdo das u.c.e. é o que vai definir o contexto semântico (campo enunciativo) da forma reduzida. Após corte no x^2 de 34, devido a diminuição de similaridades nos recortes e cálculo da mediana conforme descrito na metodologia, as formas reduzidas: *anotações*, *prontuario+*, *med+* e as palavras mais significativas selecionadas pelo Alceste *cento*, *anotações* e *prontuário* apresentaram maior x^2 nesta classe, com grau de associação entre si,

reunindo uma ideia ou um sentido, caracterizando os subtemas e agrupamentos presentes neste grupo.

Quanto à variável tipo de estudo foram selecionados pelo Alceste para esta classe, seis textos, artigos de pesquisas, que tinham objetivos similares, ou seja: analisar e/ou avaliar a qualidade do registro e das anotações da equipe de enfermagem nos prontuários dos pacientes internados nos diferentes cenários hospitalares como, por exemplo, UTI, clínica médica, centro cirúrgico e nas unidades de admissão e alta de um hospital escola. Houve predominância dos estudos desenvolvidos nos hospitais universitários, o que demonstra que o uso do PE, embora ainda incipiente, é mais utilizado pelos docentes e acadêmicos nas instituições de ensino.

A figura 13 apresenta a CHA fornecida pelo Alceste para esta classe.

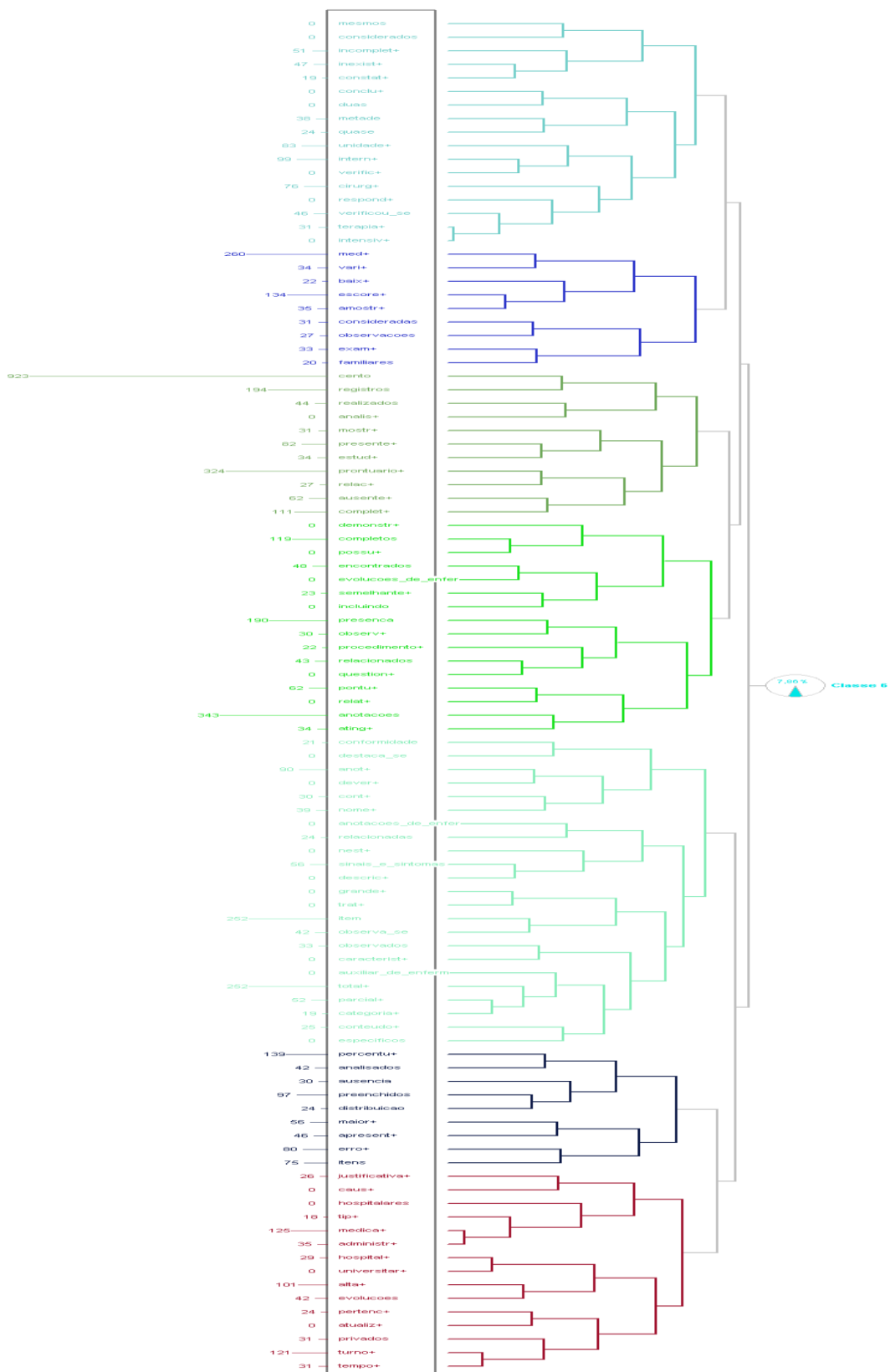


FIGURA 13. CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA ASCENDENTE (CHA) DA CLASSE 6. RIO DE JANEIRO, 2015

Os agrupamentos observados na Figura 13 permitiram o resgate dos conteúdos das u.c.e. e o entendimento dos sentidos neles contidos, possibilitando assim, explorar seus conteúdos e reagrupá-los de acordo com os temas abordados, ou seja, nesta classe todos os conteúdos estão relacionados ao tema processo de enfermagem e registro das anotações no prontuário. No entanto, o quadro das formas reduzidas e das variáveis mais significativas possibilitou uma compreensão preliminar dos conteúdos da classe 6, porém, a CHA juntamente com as u.c.e. da classe foram as que melhor delimitaram e definiram os grupos temáticos e os subtemas apresentados no quadro 32, a seguir.

QUADRO 32. VOCÁBULOS DE MAIOR REPRESENTATIVIDADE QUANTO A PRÁTICA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE. RIO DE JANEIRO, CLASSE 6. 2015

CLASSE 6. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DAS ANOTAÇÕES E DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM:	
GRUPO TEMÁTICO XVI. AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE SAÚDE	
Subtema: Avaliação dos registros e anotação de enfermagem na literatura	Considerados, completo, inexistência, constatação, conclusão, baixo - escore, amostra, registro, analisados, verificou-se, quase, unidade, metade, cento, mostra, presente, estudos. Demonstra, possui encontrados, semelhante, percentuais analisados, ausência, preenchidos, distribuição, resposta
Subtema: Avaliação dos registros das anotações da equipe de saúde nas unidades hospitalares	Internada, verifica, cirurgia, cirúrgica, terapia, intensiva, item, observado, incluindo, presença, observação, grande, tratamento, características, pertence, atualização, hospital, universitário. Auxiliar de enfermagem, Prontuário, relação, ausente, Incompleto
Subtema: Tipo de anotação	Medicação, variação, observações, exame, familiares. Procedimentos, relacionados, questionários- pontuais, relatados, anotações, atingido, anotações de enfermagem, relacionadas, neste, sinais e sintomas, descrição, evoluções de enfermagem, alta, evoluções. evoluções médicas
GRUPO TEMÁTICO XVII. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	
Subtema: Aspectos legais dos registros	Maior- apresentação, erro – itens. Total - parcial- categoria. Conformidade, destaca-se, anotações, dever – conter, nome.
Subtema: Aspectos éticos dos registros	Justificativa-causa; hospitalares; tipo-medicação- administração. Privados -turno- tempo, Conteúdo – específicos.

3.7.2.1 GRUPO TEMÁTICO XVI. AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE SAÚDE

Os registros de enfermagem ou anotações constituem-se num meio de comunicação escrita de informações essenciais e pertinentes ao paciente e aos cuidados prestados pelos membros das equipes de saúde. Carrijo e Oguisso (2006), em estudo realizado sobre a trajetória das anotações de enfermagem em periódicos nacionais, afirmam que o tema “avaliação das anotações de enfermagem” vem constituindo-se em foco de atenção de alguns pesquisadores nas últimas décadas.

Quando os registros são valorizados e realizados pelos profissionais de saúde com um determinado padrão de qualidade, ou seja, quando a assistência prestada é registrada tal qual ocorreu, isto permite uma visão global do paciente, assegura a continuidade das informações e, conseqüentemente, melhora da qualidade da assistência prestada (CARRIJO; OGUISSO, 2006).

Entende-se, portanto, que os registros são elementos essenciais no processo de cuidado, visto que conseguem retratar a realidade a ser documentada, além de possibilitar à comunicação escrita, podendo ser utilizados em diferentes situações como, por exemplo, nas pesquisas, auditorias, processos jurídicos, organização dos serviços, avaliação da atuação profissional, identificação de lacunas na assistência, planejamento de recursos, planejamento do cuidado, dentre outros. As palavras de maior representatividade quanto à avaliação da prática dos registros de enfermagem nesse grupo temático foram: *constatou-se, anotações, completas, intervenções, controlar, resultado, melhorou, relação de continuidade, cuidados realizados, diagnósticos, perfil, população*, como destacam as u.c.e., a seguir:

*Com relação ao **registro** das observações dos sinais e sintomas **constatou-se** que oitenta e quatro por **cento** das **anotações** foram consideradas **completas**. Uma **questão** a ser observada é que neste item os profissionais devem se preocupar, **não apenas** em **relatar** os sinais e sintomas dos pacientes, mas também **as intervenções** que foram realizadas para **controlar** os mesmos e a evolução após a implementação das ações, mais especificamente, se houve algum **resultado**, se o paciente **melhorou**, sempre buscando estabelecer uma **relação de continuidade** aos **cuidados realizados** anteriormente (u.c.e.: 3520, Classe: 6, Khi²: 40, texto 54).*

*No presente estudo, alguns **diagnósticos** foram **considerados** na maioria dos prontuários, sugerindo **perfil característico da população** em atendimento em unidades de terapia intensiva, enquanto outros são específicos para cada indivíduo (u.c.e.: 1062, Classe: 6, Khi²: 55, texto 14).*

A preocupação com a forma mais eficaz de registrar as atividades dos profissionais ainda é incipiente ou inexistente nas instituições de saúde. Os registros e as anotações proporcionam suporte teórico e agregam valor científico à organização das ações de prestação de cuidado, além de servir como um instrumento de avaliação da prática profissional de enfermagem (SILVA; VANNUCHI; GVOZD, 2015). Segundo Matsuda et al. (2006), é essencial que o enfermeiro compreenda e apreenda a forma como o processo de comunicação ocorre na assistência de enfermagem e como é primordial que os elementos que compõem o processo de cuidar estejam registrados.

Um levantamento bibliográfico sobre a produção de estudos acerca dos registros e anotações de enfermagem nos prontuários dos pacientes nos diversos cenários hospitalares aponta para o fato de que ainda há grande desinteresse da equipe de enfermagem e do enfermeiro sobre o assunto. A seguir, as u.c.e. e as palavras significativas: *análise, registros,*

prontuários, regulares, hospital, prontuário, preenchimento, unidades, avaliadas, evoluções de enfermagem, ausentes, prontuários, analisados que representam este discurso:

Na análise qualitativa dos registros nos prontuários vinte e sete por cento foram considerados ruins; sessenta e quatro por cento foram considerados regulares e nove por cento bons (u.c.e.: 1302, Classe: 6, Khi²: 24, texto 17).

[A ausência de registros de alta pode estar relacionada ao fato da equipe postergar as anotações para] o momento em que o paciente sai do hospital, e quando isto ocorre geralmente ela [enfermeira] está envolvida com outros afazeres, sendo o prontuário recolhido sem o preenchimento da mesma. Estudo realizado por outras autoras em um hospital privado de médio porte da cidade de São Paulo constatou que em duas das unidades de internação avaliadas, as evoluções de enfermagem sobre a alta do paciente estavam ausentes em todos os prontuários analisados (u.c.e.: 3542, Classe: 6, Khi²: 6, texto 54).

Para Ribeiro (2015), os registros são uma atividade técnica que deve ser realizada por todos os participantes do processo de cuidar, ou seja, profissionais da equipe de saúde, de forma precisa principalmente, pois são considerados importantes indicadores assistenciais e epidemiológicos, fornecendo contribuições para a avaliação do sistema de saúde. Dentre as anotações existentes nos prontuários dos pacientes internados nas unidades hospitalares, as realizadas pela equipe de enfermagem são consideradas as de maior importância, visto que 50% das informações inerentes ao cuidado são fornecidas por esta categoria, tornando-se indiscutível a necessidade de registros adequados e frequentes no prontuário (FRANÇOLIN et al., 2012).

Neste sentido, as u.c.e. apresentadas a seguir e as palavras representativas: *análise, anotações, realização, conteúdo, equipe de enfermagem, componentes, unidades de internação* confirmam a relevância da adequação do espaço da equipe de enfermagem para a realização de anotações:

Este estudo, a análise das anotações de enfermagem foi feita quanto a sua realização ou não; os dados não foram analisados quanto ao seu conteúdo. As anotações de toda a equipe de enfermagem foram um dos componentes da sistematização da assistência realizados com maior frequência em todas as unidades de internação estudadas (u.c.e.: 685, Classe: 6, Khi²: 37, texto 9).

Comparando as anotações realizadas na documentação das instituições de saúde, pode-se afirmar que a Enfermagem realiza, diariamente, o maior número de registros sobre as informações inerentes ao cuidado dos pacientes. Assim, é possível estimar que ela seja responsável por mais de 50% das informações contidas no prontuário do paciente. Nesse sentido não basta somente a quantidade é necessário a qualidade nessas anotações (SILVA; AREIAS, 2009).

Do total de anotações dos prontuários foi extraídos três mil e oitocentos e um conteúdos para a análise, dos quais, trinta e um por cento foram realizados pelo enfermeiro, sessenta e três por cento pelo auxiliar de enfermagem e seis por cento pelo atendente de enfermagem, resultados que diferem dos apresentados em estudos anteriores que mostraram que o maior número de anotações foi realizado pelo atendente de enfermagem (u.c.e.: 148, Classe: 6, Khi²: 42, texto 2).

Estas anotações devem servir como instrumento indispensável para o enfermeiro no processo de tomada de decisão e, para tanto, devem refletir com clareza e objetividade o estado clínico dos pacientes, bem como as ações e procedimentos realizados. As u.c.e. apresentadas, a seguir, e as palavras significativas: *observações, avaliações, cuidados prestados, registros, situação, dados, importantes, identificados, completa, objetividade, especificidade, evolução, parâmetros, controles, observações e sistematizadas* mostram qualidades inerentes às anotações de enfermagem:

(...) Quanto ao item escrita objetiva e a objetividade das sentenças de como cada membro da equipe de enfermagem vinha elaborando seu **registro** no relatório de evolução de enfermagem a respeito das **observações e/ou avaliações dos cuidados prestados** ao paciente (...) mostram-se quão **completos**, específicos e sequenciais foram os subconteúdos nos **registros**, ao descreverem a **situação** do paciente no prontuário (u.c.e.: 343, Classe: 6, Khi²: 35, texto 4).

(...) **Dados importantes identificados** no paciente **não foram registrados de forma completa**, o que pode ter **afetado a objetividade e especificidade** das mensagens e, conseqüentemente, sua posterior **evolução**, pois, para efetivar o processo de evolução é fundamental ter **parâmetros**, objetivos de **controles** obtidos por meio de **observações sistematizadas** iniciais (u.c.e.:181, Classe: 6, Khi²: 46, texto 2).

Para Maziero et al. (2013), a ausência dos registros de enfermagem, ou a realização do registro de forma inadequada explicita uma assistência descomprometida com o cuidado, além de trazer danos para a instituição de saúde e dificuldade para constatar a assistência prestada pelo enfermeiro e sua equipe. Diversos são os motivos identificados na literatura que levam os profissionais de enfermagem a negligenciarem a execução e/ou o registro do PE (CARRIJO; OGUISSO, 2006; FRANÇOLIN et al., 2012; SILVA et al., 2014; SANTOS et al., 2014; OLIVEIRA; TOLEDO, 2015).

Esta afirmação é reforçada nas u.c.e. apresentadas a seguir e nas palavras representativas: *mudanças, equipe de enfermagem, objetividade, registros, enfermeiro, evoluções, cuidado, enfermeiro, atividades, prescrição médica, anotações de enfermagem, completas, prontuários e ausentes*:

Nos resultados, observa-se que não houve **mudanças** de comportamentos na **equipe de enfermagem** estudada em relação à **objetividade dos registros**, sendo que eles continuaram a serem parcialmente adequados durante os três períodos de **estudo** (u.c.e.: 343, Classe: 6, Khi²: 35, texto 4).

(...) O enfermeiro **registra** os aspectos clínicos dos pacientes, descritos nas **evoluções médicas** em detrimento aos aspectos inerentes do **cuidado** realizado pelo **próprio enfermeiro**. Neste contexto um estudo que **avaliou** cento e trinta prontuários de pacientes de um hospital público universitário concluiu que as **atividades** relacionadas a **prescrição médica** foram registradas na **forma completa** na maior parte dos **prontuários avaliados** (u.c.e.: 2390, Classe: 6, Khi²: 51, texto 35).

As **anotações de enfermagem** estavam presentes em **noventa e nove por cento** dos **prontuários** sendo que destes, dois por cento eram **completas**. Meio por cento dos prontuários em que estavam **ausentes as anotações**, estas eram de pacientes que utilizaram os **serviços de enfermagem** de emergência e clínica cirúrgica. (u.c.e.: 1296, Classe: 6, Khi²: 35, texto 17).

Os registros encontrados nos prontuários dos pacientes, teoricamente completos, trazem todas as informações para dirimir qualquer dúvida que porventura apareça quanto aos procedimentos realizados na assistência ao paciente. Apesar de ser a equipe de enfermagem a que mais registra atividades no prontuário do paciente, o que se observa na prática assistencial, é que frequentemente alguns profissionais de enfermagem negligenciam esta atividade, o que compromete a qualidade de seus registros.

As u.c.e. apresentadas, a seguir, e suas palavras significativas: *investir, tempo, registros médicos, procedimentos, administrativos, específicos, prescrição, enfermagem, plano de cuidados de enfermagem, necessidades, completa, prática e processo de enfermagem*:

*Quanto às atividades em que o enfermeiro ocupa a maior parte do seu tempo durante o seu turno. Observa-se que nove em cada dez enfermeiros dizem **investir** mais tempo analisando os **registros médicos** e realizando procedimentos **administrativos**, e apenas um em cada dez faz algum **registro** dos **procedimentos específicos** da **profissão**. (u.c.e.: 6213, Classe: 6, Khi²: 43, texto 91).*

*Quanto à **prescrição de enfermagem** apenas vinte e cinco por cento dos pacientes em unidades cirúrgicas tinham um **plano de cuidados de enfermagem adaptados às suas necessidades**, e isto foi demonstrado com uma frequência maior nos pacientes em unidades clínicas e mais **completa** em unidade de terapia intensiva. Os resultados apresentados no presente estudo estão de acordo com estudos anteriores sobre deficiências na **prática** envolvendo a implementação do **processo de enfermagem** (u.c.e.: 1508, Classe: 6, Khi²: 21, texto 23).*

A ausência ou baixa qualidade nos registros pode implicar, entre outras coisas, na duplicação de procedimentos executados, na dificuldade de acompanhamento dos cuidados prestados e inclusive, na falta de execução de determinada atividade, o que pode trazer risco à própria recuperação do paciente. Dentre os aspectos observados, destaca-se a falta de coerência das anotações, ausência de registros dos profissionais nos prontuários, em alguma fase do processo de cuidar, ausência de protocolos assistenciais ou preenchimento inadequado dos mesmos para a sistematização das etapas do PE.

Nesse sentido, os registros de enfermagem são indispensáveis no prontuário do paciente, como parte da documentação do processo de saúde-doença, especialmente considerando que essa equipe acompanha todo esse trajeto de maneira mais completa, pois permanece 24 horas em contato com os pacientes durante sua permanência na unidade hospitalar. Isto deveria garantir maior qualidade e fidedignidade em suas observações.

3.7.2.2 GRUPO TEMÁTICO XVII. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM

O Processo de Enfermagem, como base estrutural para a SAE, vem sendo aplicado no Brasil desde a década de 70, tendo sido introduzido por Horta (1979). Mas, somente em 2002 o processo recebeu apoio do COFEN, através da Resolução n.º 272, de 2002. Posteriormente, esta Resolução foi revogada pela Resolução n.º 358, de 2009, que dispõe sobre a aplicação da SAE nas instituições de saúde brasileiras. A sistematização organiza a assistência a ser prestada aos pacientes, evitando esquecimento e direcionando o cuidado. Além disso, requer a existência de bons registros, padrões de assistência de enfermagem conhecidos por todo o pessoal envolvido no serviço e enfermeiros capacitados para aplicá-los (GROSSI, et al., 2011) Assim, na Resolução dispõe em seu Art. 25 que os profissionais de enfermagem nas suas responsabilidades e deveres devem "registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar". Deste modo, qualquer cuidado ou ação realizada pela equipe de enfermagem deve, obrigatoriamente, ser registrada no prontuário do paciente. Além do seu caráter privativo, a SAE se mostra relevante pelo aspecto do respaldo legal do registro das ações implementadas,

Para Possari (2008), os prontuários são considerados documentos valiosos para o paciente, para a equipe de saúde que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de ser instrumento de defesa legal. Neste sentido, a equipe de enfermagem deve ter uma previsão sobre o tempo necessário para realizar os registros no prontuário de cada paciente, pois eles também fazem parte das responsabilidades legais da Enfermagem. Posteriormente, estes registros poderão direcionar ou redirecionar para uma assistência planejada, fundamentada em conhecimentos, para viabilizar um cuidado objetivo e individualizado (REPPETTO, 2005).

Entretanto, segundo Françolin (2012), apesar da Enfermagem ter consciência da natureza fundamental das anotações de enfermagem relativa aos seus aspectos legais e assistenciais, frequentemente existe ausência ou comprometimento de registros que são, na maioria das vezes, inadequados. As u.c.e. e suas palavras representativas: *registro sistemático, ausência, visibilidade, anotações de enfermagem, prontuários, documentos, clareza, falhas, anotação e realização* identificam este comportamento:

Para a enfermagem, o descaso com o registro sistemático dos elementos da assistência pode resultar, por um lado, em ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional; por outro, o que é talvez mais sério, em ausência ou dificuldade de avaliação de sua prática (u.c.e.: 6883, Classe: 6, Khi²: 28, texto 103).

Em estudo sobre os registros de enfermagem nos prontuários realizados pelos enfermeiros em um hospital público de ensino os autores confirmaram a desvalorização dos registros feitos pela enfermagem na prática cotidiana, fato destacado nos diversos estudos sobre o assunto. Ressalta-se que os enfermeiros estão realizando poucos registros de enfermagem, colaborando, assim, com a sua própria invisibilidade, na medida em que empobrece as informações dos cuidados prestados ao cliente em seu prontuário e contribui para a glosa hospitalar (PEDROSA;SOUZA; MONTEIRO, 2011).

*Em um estudo realizado nas unidades de clínica médica em seis hospitais de ensino universitários foi observado que, em quatro dessas unidades, as **anotações de enfermagem** em **prontuários** eram **incompletas**, o que tornava **frágeis os documentos em questão**. (u.c.e.: 1309, Classe: 6, Khi²: 32, texto 17).*

*Frequentemente observou-se que as **anotações** de alta e óbito não apresentaram **clareza** e que existiam **falhas de anotação**, relativas a não realização de algum item da prescrição médica, como a administração de medicamentos, ou de enfermagem, (u.c.e.: 1305, Classe: 6, Khi²: 47, texto 17).*

O registro tem sido o principal documento de defesa da equipe de saúde em casos de denúncias por mau atendimento, com indícios de imperícia, imprudência ou negligência. Atenta aos aspectos éticos e legais, a Decisão n.º 115, de 30 de agosto de 2006 do COREN - RS normatizou, no Estado do Rio Grande do Sul os princípios gerais para ações que constituem a documentação de Enfermagem no âmbito estadual. O registro de enfermagem é considerado corretamente preenchido e avaliado quanto à sua qualidade, se estiver escrito com letra legível e devidamente assinado e carimbado, com informações claras, concisas, descritivas, pontuais, sem rasuras e com cronologia dos fatos. O que pode ser observado nas palavras significativas *erro, registro, forma, legível, qualidade, legível, auditoria, exigência, cuidados e carimbo* e nas u.c.e., a seguir:

*Os registros (...) constituem, ainda, importante instrumento, que deve ser consultado em situações que envolvem **aspectos legais e ou éticos, científicos, educacionais** e da **qualidade do cuidado**. Para permitir a **continuidade** do **planejamento** dos cuidados de enfermagem em suas diferentes **fases**, o **registro deve constar** de impressos devidamente **identificados** com dados do paciente, com data e horários específicos, ser claro, objetivo, com **identificação** do autor, feito de **forma legível, sem rasuras**, fazer parte do prontuário do **paciente** e **favorecer** elementos **administrativos e clínicos** para a **auditoria de enfermagem**. (u.c.e.: 2294, Classe: 5, Khi²: 19, texto 34).*

*Em relação à análise da **identificação dos enfermeiros** nos **registros do hospital** pesquisado, os resultados do presente estudo mostraram que o enfermeiro ainda **incorre no erro de não se identificar com carimbo ou assinatura**, mesmo ciente da obrigatoriedade desta tarefa, conforme as resoluções do COFEN (u.c.e.: 2403, Classe: 6, Khi²: 27, texto 35).*

*A **identificação formal** dos executores das atividades demonstrou, também, não conformidade com a **exigência legal** do COFEN e quanto à terapêutica medicamentosa, observou-se **elevado** percentual de **inexistência de registros de justificativas de não administração dos medicamentos prescritos** (u.c.e.: 1308, Classe: 6, Khi²: 33, texto 17).*

Rojahn et al. (2014) reforça esta ideia, quando trata do prontuário do paciente como um documento legal, no qual o registro de enfermagem deve ser escrito de forma legível, sem erros ortográficos, sem abreviações não padronizadas pela instituição, sem rasuras e com coerência. A realização de um registro de qualidade e eficiente valoriza e propicia a comunicação e participação eficazes e o conhecimento em profundidade sobre o paciente, o que possibilita um cuidado planejado e individual, mas sem a rigidez e mecanicidade nas ações, o que leva à melhoria e, conseqüentemente, à qualidade da assistência.

Atualmente, o prontuário do paciente apresenta uma grande quantidade de anotações, que englobam questões administrativas, resultados de exames laboratoriais, radiológicos e outros documentos, como histórico de sua doença e informações sobre seus familiares, prescrições e evoluções médicas e os registros de enfermagem caracterizados pelas anotações de enfermagem, que estão destinados à consulta de toda equipe de saúde. Para preservar os membros da equipe de enfermagem em relação aos aspectos éticos e legais, alguns cuidados referentes à maneira como os registros devem ser realizados. Assim, a u.c.e. apresentada, a seguir, e as palavras significativas *espaços em branco em uma anotação, profissional de enfermagem, memória ao registrar a informação e os acontecimentos, anotar os mesmos imediatamente* foram destacados:

*(...) Durante a assistência ao paciente, são feitas várias anotações da equipe multiprofissional no prontuário (...) descrevendo a evolução [de enfermagem. Ressalta-se que **não se deve deixar espaços em branco em uma anotação**, pois nesse espaço qualquer pessoa poderia acrescentar anotações incorretas]; o **profissional de enfermagem** não deve confiar na **memória ao registrar a informação e os acontecimentos** ocorridos com o paciente, devendo **anotar se os mesmos imediatamente**; se o enfermeiro questiona uma prescrição, ele deverá anotar o fato e sempre **deverá fazê-lo** pessoalmente e **nunca** por outra pessoa..(u.c.e.: 139, Classe: 6, Khi²: 29, texto 2).*

Os prontuários devem conter o registro da operacionalização de todas as etapas do PE composto por histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados de enfermagem, evolução e prognóstico realizados, exclusivamente e privativamente, por enfermeiros a partir da Resolução n.º 272 / 2002, do Conselho Federal de Enfermagem (CARRIJO; OGUISSO, 2006).

Entretanto, como afirmam Neco, Costa e Feijão (2015), apesar de terem transcorrido 27 anos desde que o COFEN normatizou o planejamento da assistência de enfermagem, ainda há muitas instituições de saúde em que a SAE e o PE estão fora de seu campo de atuação. Vários estudos também apontam que as maiores dificuldades encontradas foram relacionadas à falta de conhecimento na aplicação do PE, que leva ao preenchimento incompleto de todas suas etapas, e que o registro está ausente, incompleto em suas etapas ou inadequado, contribuindo para a

fragmentação do cuidado, como demonstram as u.c.e. e as palavras representativas: *históricos de enfermagem, registros, exames físicos, constitutivos, diagnósticos de enfermagem, categoria diagnóstica, taxionomia, incompleto, características definidoras, evoluções, alta, hospitalar e cliente*, apresentadas, a seguir:

*Os **históricos de enfermagem** estavam presentes somente em sessenta e três por cento, os **registros dos exames físicos** estavam presentes em noventa e três por cento e os **diagnósticos de enfermagem** estiveram **presentes** em quarenta e nove por cento (u.c.e.: 4719, Classe: 6, Khi²: 19, texto 71).*

*Examinando-se os **elementos constitutivos dos diagnósticos de enfermagem**, nota-se que os cento e trinta e cinco **diagnósticos de enfermagem**, reais e de risco, apresentaram **categoria diagnóstica fundamentada na taxionomia** adotada pelo serviço, contudo, estavam formulados de **modo incompleto**, uma vez que os fatores relacionados ou de risco estiveram **presentes** em cento e trinta e três, e trinta e nove mencionaram suas **características definidoras incompletas**, para cerca de quatorze dos sujeitos **nenhuma característica** definidora foi considerada. (u.c.e.: 1065, Classe: 6, Khi²: 24, texto 14).*

*Por sua vez, em cem por cento dos prontuários, **as evoluções de alta hospitalar foram incompletas, não informando as condições gerais do cliente**, mas apenas o **relato breve** da sua saída (u.c.e.: 6883, Classe: 6, Khi²: 28, texto 103).*

Considerando que metade das informações referentes ao cuidado são elaboradas em registros pela equipe de enfermagem espera-se que, atualmente, eles permitam à equipe comunicar-se, permanentemente, com todos os outros membros da equipe multiprofissional, com transmissão de informações que facilitem o planejamento, tomada de decisões clínicas e gerenciais e continuidade da assistência prestada. Além disto, os registros de enfermagem possibilitam a avaliação da assistência de enfermagem. Para isto, faz-se necessário que os registros sejam valorizados e realizados com qualidade, ou seja, com fidedignidade das informações, coerência, de acordo com as reais condições do paciente e com o relato dos cuidados prestados (Borsato et al., 2011).

Neste sentido, as u.c.e. e as palavras representativas: *registros, assinatura, carimbo, registro de enfermagem, identificação, incorreta, ausente, queixa, história familiar*, apresentadas, a seguir, mostram aspectos desejáveis nos registros de enfermagem:

*Dentre os **registros** que continham esta informação, **o nome do paciente estava faltando** em cinquenta por cento dos **registros** da unidade cirúrgica. A **queixa principal foi menos registrada** nos prontuários dos pacientes cirúrgicos. Apenas um registro **de história familiar** foi observado entre os **registros analisados** (u.c.e.: 1505, Classe: 6, Khi²: 31, texto 23).*

*(...) Concluiu-se que a identificação no **registro de enfermagem** encontrava-se na **maioria dos prontuários incorreta ou ausente**. Outra investigação que **analisou** três unidades de internação e quatrocentos e trinta e duas **anotações de enfermagem** mostrou que, aproximadamente, cento e quarenta **não apresentavam assinatura** e cerca de cento e vinte **não continham carimbo** (u.c.e.: 2407, Classe: 6, Khi²: 92, texto 35).*

Cabe destacar que, em alguns estudos esta situação encontra-se modificada, ou seja, os registros nos prontuários dos pacientes e os aspectos legais de informação estão sendo atendidos, o que facilita a comunicação. As u.c.e. e as palavras significativas: *documentos, impressos, identificados, forma completa, supervalorização, elevado, prescrições, prontuários, escrita, específica, sinais, sintomas* mostrados, a seguir, enfatizam os aspectos positivos encontrados nos registros de enfermagem:

*A análise deste estudo mostrou que quase cem por cento dos **documentos impressos** foram **devidamente identificados** com o **nome do profissional** que **realizou a atividade** (u.c.e.: 4744, Classe: 6, Khi²: 25, texto 70).*

*Destaca-se o **histórico de enfermagem** e o **exame físico** com noventa e nove por cento e noventa e cinco por cento, **respectivamente**, como os **registros realizados de forma completa** (u.c.e.: 2361, Classe: 6, Khi²: 23, texto 35).*

*Considerou-se também a **supervalorização** do enfermeiro para a **realização da prescrição de enfermagem**, uma vez que foi constatada a presença de um **percentual elevado de prescrições** nos **prontuários** (u.c.e.: 1850, Classe: 6, Khi²: 23, texto 28).*

*No item **escrita objetiva**, o conteúdo foi considerado como tal, quando foi descrita a situação do paciente de **forma clara, concisa, específica e completa**. Esta última condição referida adquiriu **grande relevância**, quando se tratava de uma **anotação** que continha **sinais e sintomas detectados** no paciente (u.c.e.: 168, Classe: 6, Khi²: 27, texto 2).*

Neste grupo temático identificou-se a importância do registro de todas as informações referentes às ações realizadas pela equipe de saúde, para a garantia de um meio de gerenciar a assistência e avaliar a qualidade do cuidado prestado. Os membros da equipe de enfermagem, em decorrência de seu processo de trabalho, permanecem 24 horas junto ao paciente. Por isto, eles são capazes de produzir, diariamente, muitas informações inerentes à assistência prestada, por terem a responsabilidade de garantir que todas estas informações sejam registradas de maneira a atender as exigências de um registro consistente, em que sejam observados todos os aspectos éticos e legais exigidos pelos conselhos profissionais.

Entretanto, embora haja a necessidade por parte da Enfermagem de o registro de informação ser preciso, observa-se que as anotações ainda são inconsistentes, ilegíveis e subjetivas, deixando de haver uma definição metodológica estruturada nos protocolos e nos registros manuais, o que torna ineficiente o gerenciamento para uma tomada de decisão racional e objetiva por parte dos enfermeiros.

3.7.3 Análise do Bloco Temático

A análise dos grupos temáticos das classes 5 e 6 apontam diferentes aspectos da prática dos registros de enfermagem realizados pelos profissionais nos prontuários dos pacientes, nos serviços de saúde hospitalar. Os registros ou anotações de enfermagem

consistem numa forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao paciente e aos seus cuidados.

Os registros são elementos imprescindíveis no processo de cuidado humano visto que, quando redigidos de maneira a retratar a realidade a ser documentada possibilitam à comunicação permanente, podendo destinar-se a diversos fins, como pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento, avaliação do cuidado, gestão de recursos, dentre outros (MATSUDA et al., 2006).

As anotações de enfermagem realizadas com ética são imprescindíveis para a valorização da classe, importante meio jurídico e excelente material didático para novas pesquisas e educação continuada. Neste sentido, os registros e as anotações dos profissionais de enfermagem promovem a qualidade na assistência, satisfação do usuário e evita processos judiciais e perdas financeiras como, por exemplo, honorários de advogados (SILVA; AREIAS, 2009, p. 3).

Neste bloco constatou-se também o aspecto de legibilidade, que deve ser considerado como quesito fundamental em um registro, pois entende-se que rasuras ou alterações nos registros comprometem o valor legal das evoluções, bem como podem causar suspeita de tentativas deliberada de ocultar as informações. Quanto a concisão espera-se que as evoluções sejam completas, escritas de forma objetiva, sem palavras desnecessárias ou termos vagos, para evitar a possibilidade de dupla interpretação (VIANNA, 2009).

Dentre as dificuldades referidas na prática dos registros de enfermagem nos serviços de saúde emergiram a ausência da comunicação direta e falta de clareza dos registros, o tempo escasso dispensado para esta comunicação, a documentação insuficiente e desvalorização desta atividade. Essas dificuldades contribuíram para o aparecimento de problemas de natureza gerenciais e assistenciais. Dentre elas, destacam-se as dificuldades de comunicação entre os membros da equipe de saúde e enfermagem, a ausência de registro de uma ou mais etapas do PE, o desconhecimento a respeito da essencialidade dos registros para o paciente, a instituição de saúde e preservação do profissional de saúde, em caso de eventuais problemas éticos e legais e a omissão de informações sobre os cuidados prestados aos pacientes, dentre outros aspectos.

Neste contexto, o registro de enfermagem tem um valor significativo no processo de cuidar em saúde. Quando a equipe de enfermagem realiza algumas atividades mas não as registra, impossibilita uma assistência de qualidade e impede a captação de dados para subsidiar o planejamento de ações a serem desenvolvidas junto à população (QUERIDO, et al., 2015).

A inexistência do registro faz com que o cuidado diretamente prestado ao cliente se torne invisível e sem reconhecimento e também, impossibilita a comunicação intra e inter - equipes. A partir dessas considerações, uma síntese traz por um lado, a ideia de que o registro de enfermagem executado com qualidade é um documento que representa e dá significado ao cuidado de enfermagem. Por outro lado, quando ele é inexistente ou insuficiente pode gerar sérios problemas para a prática, pois dificulta a tomada de decisão e intervenção tanto da equipe que executa o cuidado à beira-leito, como dos que ocupam os diversos níveis gerenciais da hierarquia organizacional. Neste sentido, a comunicação e a qualidade da assistência podem ficar prejudicadas (DINIZ et al., 2015, p. 9617).

Assim, os conteúdos das u.c.e. apontaram alguns problemas e fatores intrínsecos e extrínsecos, que comprometem a efetiva operacionalização dos protocolos e impressos que norteiam os registros de todas as etapas do PE. A equipe de enfermagem deixa de implementar estratégias para a correção destes problemas. Portanto, torna-se necessário fazer sérios ajustes para sua efetiva operacionalização. A qualidade do registro das ações assistenciais reflete a qualidade da assistência e a produtividade no trabalho. E, com base nos registros de enfermagem pode-se estabelecer permanentemente melhores práticas assistenciais, além de implementar ações que visem melhorias nos resultados operacionais.

A equipe de enfermagem deve zelar pelos conteúdos escritos nos prontuários dos pacientes, procurando garantir, permanentemente, a qualidade e continuidade dos registros, bem como a eficiência das comunicações, pois a Enfermagem trabalha de forma interdisciplinar. Neste sentido, todas as etapas do PE, elaboradas pelos enfermeiros e demais membros da equipe, servem como fonte de informações para outros profissionais da equipe de saúde.

CAPÍTULO 4. ANÁLISE DO CONCEITO: FUNDAMENTOS PARA O CONCEITO PROCESSO DE ENFERMAGEM

4.1. ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL E FUNCIONAL DOS COMPONENTES DO CONCEITO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Os alicerces deste capítulo radicam em estudos sobre o PE, associados ao referencial de Walker e Avant (2005) quanto às etapas a serem empreendidas para a formação e análise conceptual, que nessa perspectiva, requer examine da organização estrutural e funcional de determinado conceito.

Com esse respaldo, apresenta-se em continuidade síntese da análises dos conteúdos dos cinco blocos temáticos, organizados nos quadros expostos e discutidos nos capítulos 2 e 3. A análise derivada da aplicação do Alceste possibilitou conhecer a organização estrutural e funcional do conceito *Processo de Enfermagem*, a partir da identificação, nomeação e classificação dos elementos recorrentes e constituintes do conceito, os quais contribuem para definir, trazendo à evidência a regularidade discursiva relacionada ao conceito. Ademais, a organização funcional, a partir da operacionalização das estratégias de derivação e síntese do conceito, permitiu conhecer os antecedentes e as consequências do conceito *Processo de Enfermagem*.

O Apêndice 2 (Quadros 33, 34, 35, 36 e 37) foi construído a partir dos dados expostos no capítulo II e favorecem a descrição e compreensão da organização estrutural e funcional dos elementos constituintes de cada um dos cinco blocos temáticos analisados, sempre à luz das recomendações de Walker e Avant (2005) para as etapas da análise do conceito.

Neste sentido, após identificação dos elementos recorrentes, procurou-se detectar os elementos constituintes, componentes principais e complementares dos cinco blocos temáticos e suas respectivas 7 classes, como se evidenciou no quadro 38 (Apêndice 3), o que contribuiu para a formação do conceito.

Assim considerados, os elementos recorrentes e constituintes do conceito contribuíram para: a) definição teórica e definição operacional, b) descrição dos casos modelo e adicionais, c) identificação dos antecedentes e das consequências do conceito *Processo de Enfermagem*.

Nesta parte do relato, apresentam-se os resultados da pesquisa no que concerne ao caso modelo e aos adicionais, tomando como referência os achados da pesquisa referentes aos seguintes aspectos:

- 1) Evolução do PE no ensino, prática e na pesquisa,
- 2) Dimensões gerenciais e do cuidado na implantação do PE,
- 3) O PE e a SAE nos contextos sociocultural e assistencial - dimensões teóricas, práticas e sociais,
- 4) Sistemas informatizados dos registros de enfermagem nos serviços de saúde e
- 5) A prática dos registros de enfermagem nos serviços de saúde.

Antes de entrar diretamente na análise, é pertinente esclarecer que esses elementos foram produtivos no intento de definir e identificar a regularidade discursiva do campo enunciativo do conceito "*Processo de Enfermagem*". O resultado da operacionalização das três estratégias (derivação, síntese e análise do conceito) auxiliou na organização estrutural do conceito, eis que as classes resultantes da análise foram representadas nos blocos temáticos, instrumento valioso para subsidiar as reflexões indispensáveis à elaboração do conceito Processo de Enfermagem.

O critério adotado para operacionalizar as regras de formação do conceito, no que se refere à repartição dos enunciados ou u.c.e., seu agrupamento e identificação dos elementos que apresentam relação associativa aos enunciados em classes foi a análise lexical de conteúdo, realizada pelo programa Alceste, através da aplicação do método estatístico denominado teste de χ^2 . A análise das relações de semelhança e/ou diferença estabelecidas entre o conjunto de enunciados que compõe o estudo definiu as classes associativas. A regularidade do conjunto de elementos encontrados em determinada classe favoreceu a identificação de formação discursiva específica.

Em prosseguimento ao exposto anteriormente, os resultados apresentados neste capítulo dizem respeito aos resultados quanto à estratégia de análise do conceito, que obedeceu às seguintes etapas:

- 1) Identificação dos elementos recorrentes na formação discursiva sobre o objeto de interesse, processo de enfermagem;
- 2) Identificação dos antecedentes do conceito;
- 3) Identificação dos atributos de definição teórica e operacional do conceito;
- 4) Construção do caso modelo, definido como aquele que foi eleito para auxiliar na identificação das características/atributos essenciais, que propiciam o uso adequado do conceito. Na construção do caso utilizado como exemplo concreto, seguindo recomendações de Walker e Avant (2005) congregaram-se todos os atributos

essenciais do conceito identificados em cada categoria de análise. Esse procedimento favorece o aumento do nível de fidedignidade da análise.

- 5) Construção dos casos adicionais, a serem confrontados com o caso modelo, com a finalidade de tornar mais claros o delineamento do conceito Processo de Enfermagem em cenários hospitalares;
- 6) Identificação dos referentes empíricos;
- 7) Nomeação das consequências do conceito.

Um dos últimos desdobramentos da análise do conceito encontrou suporte no referencial teórico da tese, no que se relaciona com a elaboração e definição operacional através de caso modelo e casos adicionais e identificação e descrição dos antecedentes e consequências do conceito. Após a identificação dos elementos recorrentes referentes ao objeto de interesse, conferiu-se prioridade aos elementos constituintes dos antecedentes do conceito. Em seguida, os elementos constitutivos (atributos teóricos) da definição conceitual e atributos de definição operacional do conceito foram determinados.

Após identificação dos elementos constituintes e dos elementos recorrentes dos cinco blocos temáticos e das setes classes com a descrição dos seus elementos principais e complementares nas categorias analisadas, apresentadas no apêndice 2 (Organização estrutural e funcional dos componentes constituintes dos cinco blocos temáticos) e no apêndice 3 (Elementos recorrentes dos cinco blocos temáticos que contribuíram para a formação do conceito de Processo de Enfermagem), foi possível realizar a análise do conceito "*Processo de Enfermagem*".

4.2. ANÁLISE DO CONCEITO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Os resultados da estratégia de análise do conceito atende à necessidade do desdobramento evolutivo lógico do referencial da análise do conceito. Os elementos formadores do conceito foram agrupados, para compor os antecedentes e as consequências do conceito *Processo de enfermagem*, os atributos para elaboração da definição teórica do mencionado conceito e para composição dos casos modelo e casos adicionais.

Com essa orientação metodológica, apresentam-se a seguir os antecedentes, a definição teórica e a definição operacional do conceito, através do caso modelo e do caso limite.

4.2.1 ANTECEDENTES DO CONCEITO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Por natureza, os antecedentes do conceito abarcam situações e eventos que precedem a existência do conceito. Eles são úteis para que se consiga refinar a análise dos atributos de definição, eis que extrapolam a qualquer elemento de compreensão do conceito a ser construído (WALKER; AVANT, 2005). Nessa linha de interpretação, um antecedente não pode ser confundido com atributo de definição para o mesmo conceito. É muito oportuno recordar que os antecedentes situam o conceito no seio do contexto social de sua aplicação usual. Os eventos relativos aos antecedentes do conceito PE estão relacionados aos elementos e são apresentados a seguir:

QUADRO 39. ANTECEDENTES DO CONCEITO PE. RIO DE JANEIRO, 2015.

1. Evolução do saber de enfermagem e a origem do PE
2. Processo de Enfermagem: aspectos evolutivos na literatura
3. Conhecimento sobre o PE: formação dos membros da equipe de enfermagem
4. Método científico como base para o PE
5. Aspectos éticos e legais: legislações e normatizações acerca do PE
6. Institucionalização do PE nos serviços de saúde

1. EVOLUÇÃO DO SABER DE ENFERMAGEM E A ORIGEM DO PE

A origem do PE acompanhou a evolução do saber da Enfermagem, quando a profissão se organizou para definir especificidade para suas ações. Nessa linha de pensamento, o nascedouro do estudo de caso no ensino e da prática profissional de enfermagem foi um dos primeiros recursos adotados, no intento de sistematizar suas atividades, através da organização, planejamento e execução das ações do enfermeiro, situado no contexto do conceito de saúde, e do processo de cuidados a serem prestados nos hospitais, em sua concepção moderna. Nesse cenário, a Enfermagem buscava situar-se como profissão qualificada, com a justificativa de que era detentora de conhecimento específico.

O movimento para ampliar o saber profissional caracterizou-se por sucessivos investimentos intelectuais para qualificação da prática, cuja evolução ocorreu desde a adoção do método de resolução de problemas, até a proposta de um processo de enfermagem, caracterizado por fases, em 1955 (Iyer; Taptich; Bernocchi-Losey, 1993), que trouxeram a lume a tentativa de sistematizar e classificar as ações de enfermagem, através de categorização de 21 problemas de enfermagem (Henderson, 1961).

A partir da década de sessenta, novas buscas de conhecimentos foram empreendidas para reafirmar a profissão. Tais conhecimentos foram organizados e sistematizados em modelos de teorias e de estruturas, que visavam a descrever, explicar e prever fenômenos vinculados às atividades de enfermagem. Esse movimento possibilitou a construção de um corpo de conhecimentos científicos e específicos da Enfermagem, nas décadas de cinquenta, sessenta e setenta, estendendo-se até a atualidade.

O foco estava centrado na organização sistemática dos cuidados, em busca de modelos estruturados, nos quais a identificação e resolução de fenômenos baseavam-se nos princípios científicos, conceitos e teorias, segundo os cânones da metodologia científica.

Confirmando essa inferência, Almeida e Rocha (1989) destacam que o saber profissional passou por diferentes etapas de desenvolvimento, que subsistem ainda hoje, nos cenários profissionais: a técnica de enfermagem, os princípios científicos e, mais recentemente, os modelos teóricos e as teorias de enfermagem.

2 PROCESSO DE ENFERMAGEM: ASPECTOS EVOLUTIVOS NA LITERATURA

A partir das primeiras teorias de enfermagem e da divulgação do PE nos Estados Unidos, algumas pesquisas acadêmicas foram publicadas no Brasil nos anos sessenta, setenta e oitenta. Em prosseguimento, veiculou-se uma variedade de estudos, com métodos de pesquisa diversificados e voltadas predominantemente para o ensino do PE, ao longo dos anos noventa.

O primeiro artigo sobre SAE, publicado no Brasil foi “Considerações sobre os diagnósticos de enfermagem” na Revista Brasileira de Enfermagem, no qual a autora destacou que diagnosticar é aplicar o método científico; isto é, utilizar os processos lógicos do pensamento, na busca da verdade ou na sua exposição. Os processos gerais de pensamento são utilizados de modo sistemático e refletido na procura do diagnóstico, o que aponta para nova perspectiva de sistematizar o pensamento e raciocínio, para identificar os problemas do paciente. Não é redundante afirmar que os enfermeiros já faziam isto, embora sem registros (Horta;1967).

A produção científica aumentou significativamente nos anos noventa, o que poderia estar relacionado ao surgimento e divulgação de uma das classificações internacionais das práticas de enfermagem denominada NANDA. A produção sobre o PE esteve vinculada a atividades docentes, com baixa integração à prática profissional, o que pode explicar a reduzida interferência e adesão no campo da prática. A produção de docentes conferia prioridade a enfoques baseados na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, ao mesmo tempo em que tratava de avaliação sobre implantação e implementação do PE no contexto hospitalar, aspectos

conceituais, operacionalização das etapas do PE e dificuldades sobre o ensino do PE na graduação, sendo a última temática mais numerosa.

As atividades de produção científica e profissional, bem como o movimento para a revisão da regulamentação profissional na década de 1980 levaram a certa evolução do PE, bem como à consolidação da profissão no Brasil através da legitimação da Lei do Exercício Profissional.

Atualmente, as produções relevantes sobre o PE estão mais fortemente vinculadas aos grupos de pesquisa e programas de pós-graduação, os quais versam sobre a SAE nas instituições de saúde e de ensino e apontam para as dificuldades referentes à formação para aplicação do PE e, por consequência, a baixa incorporação das conclusões dos estudos à prática profissional.

3. CONHECIMENTO SOBRE PE: FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DO NÍVEL MÉDIO E SUPERIOR

A formação do enfermeiro tem fundamento na teoria e na prática curriculares, sendo o campo da prática definido como espaço para a reflexão e aplicação do saber no fazer da Enfermagem. Não obstante esse dado de realidade, o PE é constitui modelo assistencial que tem sido foco de debates dos enfermeiros e instituições de saúde e de ensino nas últimas décadas. No Brasil, desde o final dos anos sessenta até início dos anos setenta, o PE passou a ser ensinado e incorporado às discussões nas instituições de saúde e de ensino nas aulas de graduação e pós-graduação, nas instituições hospitalares e nas pesquisas da enfermagem.

Na década de noventa, com a publicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, verificou-se a substituição do antigo currículo mínimo pelas diretrizes curriculares, o que trouxe maior flexibilização à organização e operacionalização do currículo de graduação. Com tal fundamento, o PE pode ser inserido mais facilmente nos currículos, tendo em vista a elaboração do próprio projeto pedagógico, de acordo com realidade sócio-política (BRASIL, 2001a, 2001b.).

Ao constatar que o PE se mostra incipiente na prática assistencial, pois nem todas as instituições de saúde, notadamente os hospitais, têm o PE institucionalizado, os enfermeiros que aprendem e apreendem o PE durante a formação encontram dificuldades. Esses obstáculos situam-se em sua operacionalização, bem como na compreensão das vantagens para sua carreira, para os profissionais de enfermagem da instituição, pacientes e famílias e para a Enfermagem, em termos gerais.

O ensino do PE deve constitui eixo articulador e integrador da prática clínica. Seu conteúdo deve ser introduzido na grade curricular desde o início do curso de graduação. No

campo prático, a otimização da relação entre as instituições de ensino e saúde é a estratégia para reorientar o debate sobre a avaliação do ensino do PE no currículo de graduação e sua articulação com a prática no cenário assistencial.

A operacionalização do PE possibilita que a equipe de enfermagem tenha visão integral, contínua e documentada do que envolve o cuidado de enfermagem para a recuperação e manutenção da saúde. Sua implantação proporciona aproximação entre o membro da equipe de enfermagem e o paciente e promove maior qualidade na avaliação do cuidado de enfermagem. O PE consiste em instrumento norteador para a prática clínica, o que contribui significativamente para o avanço do ensino e da pesquisa e, principalmente do cuidado.

O conhecimento das atitudes dos enfermeiros em relação à SAE constitui um fator importante e até mesmo determinante para o sucesso na utilização deste método na prestação de cuidado, uma vez que concepções negativas a seu respeito podem influenciar desfavoravelmente a equipe, impedindo a operacionalização deste método (VENTURINI, MATSUDA, WAIDMAN, 2009, p. 711).

Não obstante esse importante requisito, nos cursos de graduação da Enfermagem, o PE tende a ser apresentado de maneira fragmentada. Apesar de abordagens da metodologia da assistência estarem presentes nas disciplinas, não raro, as aulas incorporam conteúdos de conceitos e referenciais teóricos baseados em fundamentos científicos, sem que se vislumbre aplicação da SAE e do PE na prática assistencial. Com essa orientação, subsiste a dicotomia entre o conhecimento e a prática profissional durante a formação, acarretando dificuldades operacionais e técnicas.

Tendo em vista a aplicação do PE nos serviços de saúde, desde o início do processo de ensino, deve ser focado o trabalho em equipe, com entrosamento de finalidades no encontro entre enfermeiras de ensino, assistenciais e membros da equipe de enfermagem. Entre muitas, destaca-se a intenção de formar profissionais com olhar integrador, voltado à implementação e implementação efetiva da SAE e o do PE, conferindo ênfase às responsabilidades profissionais de cada membro da equipe de enfermagem.

Por outro ângulo de análise, é essencial que o ensino da SAE e do PE seja introduzido nos cursos de nível médio - técnico e auxiliar de enfermagem, com relevo às atribuições de cada profissional e respectivas contribuições na efetividade do PE na prática assistencial. Atualmente, os cursos de formação de nível médio tendem a passar ao largo do PE nos conteúdos programáticos das disciplinas, sejam eles teóricos e/ou práticos. Essa omissão está na origem de participação conflituosa desses membros da equipe, no processo de implementação e implantação do PE nos serviços. Neste sentido, inexistente consenso entre enfermeiros

assistenciais, líderes e gestoras sobre qual a contribuição efetiva de cada profissional no processo de operacionalização e institucionalização da SAE e do PE na prática profissional.

4. MÉTODO CIENTÍFICO COMO BASE DO PE

Desde meados do Século passado, a Enfermagem procura ajustar seus conhecimentos aos parâmetros da ciência, propondo melhorias da prática assistencial, a partir de resultados de pesquisas e método de resolução de problemas. O propósito é garantir a prestação de cuidados individualizados e centrados nas necessidades do paciente, família e comunidade. Tal objetivo dirige-se à assistência planejada, com respaldo em conhecimentos científicos e desenvolvida através do PE, metodologia de trabalho mais conhecida e aceita no mundo. As características de racionalidade e sistematicidade facilitam a troca de informações entre enfermeiros e os demais profissionais das instituições de saúde.

No Brasil, na década de 1970, o emprego do PE ocorreu com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (Maslow), proposto e incentivado por Wanda de Aguiar Horta, uma das pioneiras nesta temática, frente à necessidade de introdução da SAE nas instituições de saúde brasileiras.

Nesse cenário, o PE carecia de referencial teórico para orientar sua aplicação na prática assistencial determinando assim, o enfoque do cuidado que será prestado e o número de etapas para sua operacionalização. Não se pode ignorar que os conceitos subjacentes à dinâmica do cuidado variam de acordo com o modelo teórico adotado para o PE, no contexto do desenvolvimento da prática de enfermagem.

Inicialmente, o PE foi implantado e desenvolvido especialmente no campo do ensino (escolas e cursos de enfermagem), ao passo que, na década de 1970, seu uso foi estendido à prática clínica em cenários profissionais. No início, o PE era constituído de três etapas, passando posteriormente a quatro etapas. No entanto, com quaisquer nomes e etapas adotadas, ele deve atender às exigências do método científico, a saber: levantamento de dados, intervenção e avaliação. O PE constitui requisito para cuidado de Enfermagem qualificado e sistemático.

5. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS: LEGISLAÇÕES E NORMATIZAÇÕES ACERCA DO PE

A Lei do Exercício Profissional, em 1986, definiu, dentre outros aspectos, que a prescrição de enfermagem - uma das etapas do PE- é uma atividade privativa do enfermeiro (BRASIL, 1986). Desde então, a aplicação do PE constitui exigência legal, regulamentada pelo COFEN em 2002 e 2009; portanto, é obrigatório em todas as instituições de saúde - públicas e

privadas.

Entretanto, em 1999, o COREN/SP (BRASIL, 1999) antecipou-se com Resolução própria, considerando que a implantação da SAE implicava melhoria da qualidade da assistência de enfermagem. Em seguida, as Resoluções do COFEN (2002 e 2009) configuraram-se como marco histórico da institucionalização do PE, que definiu a prática do enfermeiro como processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde.

No entanto, apesar de o enfermeiro reconhecer sua responsabilidade legal e a necessidade de ter um método de trabalho para organizar sua prática, de maneira a facilitar a identificação, compreensão e necessidade de intervenção nos fenômenos de enfermagem, a maioria deixa de atender ao preconizado na Lei do Exercício Profissional e nas Resoluções do COFEN, no que concerne à incorporação da SAE e do PE à sua prática profissional. É forçoso reconhecer que, após trinta anos em que a SAE e o PE foram estabelecidos como exigência legal e prática profissional privativa do enfermeiro, ambos ainda não se estabeleceram como prioridade no cenário da prática. Decorre daí a urgência de valorização desse instrumento pelos enfermeiros, equipes de enfermagem e gestores das instituições, como ferramenta potente para a organização, planejamento e avaliação do processo de trabalho dos enfermeiros e de suas equipes.

6. INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A prática integrada nas instituições de saúde envolve a forma como o PE é institucionalizado, com influências na a organização do trabalho do enfermeiro e dos demais membros da equipe de enfermagem nas instituições de saúde. Ao enfermeiro, em especial, os modelos e tendências de gestão organizacional permitem vislumbrar atuação mais efetiva nas instituições de saúde, visto que as principais barreiras à operacionalização do PE estão diretamente relacionadas a problemas institucionais e pessoais.

Entre as dificuldades institucionais, podem ser apontados aspectos como: ausência ou pouca vontade política dos gestores para implementar o PE nos serviços; falta de investimento financeiro; pouco envolvimento da equipe de enfermagem e dos demais profissionais de saúde; incompatibilidade entre modelos teóricos essenciais ao desenvolvimento do PE e a filosofia da instituição; falta de reconhecimento da e invisibilidade dos membros da equipe de enfermagem; distanciamento do enfermeiro das atividades assistenciais devido à sobrecarga de atividades burocráticas; falta de recursos humanos e materiais; desconhecimento acerca do PE, e falta de incentivo e motivação profissional. Os aspectos relacionados à dinâmica e à lógica das

instituições também são determinantes e definem as políticas de assistência à saúde.

O distanciamento da enfermagem do cotidiano das práticas aponta para a necessidade de reorganizar os serviços de saúde e incentivar a capacitação dos profissionais sob a perspectiva do PE, uma vez que a prática profissional nos serviços ainda tem, predominantemente, caráter normativo, biomédico e padronizado.

4.2.2 DEFINIÇÕES DO CONCEITO PROCESSO DE ENFERMAGEM

No referencial da Análise de Conceito de Walker e Avant (2005), a definição de um conceito divide-se em definição teórica e definição operacional. Para que se possa proceder à sua elaboração, torna-se necessário percorrer algumas etapas intermediárias, além de elaborar estas definições. Em continuidade, demonstra-se como se aplicou as etapas propostas por Walker e Avant (2005), neste estudo.

4.2.2.1. ATRIBUTOS DEFINIDORES DO CONCEITO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Ao constatar uma infinidade de exemplos adequados a um conceito, deve-se registrar as características dos exemplos reiterados. A lista de características recorrentes, denominada de características definidoras ou atributos definidores, ajuda a nomear a ocorrência de um fenômeno específico e diferenciá-lo de outro, similar ou relacionado. Entretanto, a decisão de trabalhar com um ou mais conceitos é atribuída ao pesquisador.

Operar com os atributos definidores que mais de perto representam o conceito pode ser árduo, porque estes podem sobrepor-se a alguns conceitos relacionados (WALKER; AVANT, 2005).

Em relação ao conceito de Processo de Enfermagem, embora todos os atributos participem da elaboração das definições teórica e operacional, após análise dos elementos constituintes e recorrentes, emergiram alguns atributos definidores. Eles são listados a seguir, embora sejam retomados com detalhes, nas definições teórica e operacional do conceito Processo de Enfermagem.

QUADRO 40. ATRIBUTOS DEFINIDORES PARA A DEFINIÇÃO TEÓRICA DO CONCEITO PROCESSO DE ENFERMAGEM. RIO DE JANEIRO, 2015.

Arcabouço teórico articulado ao PE: modelos conceituais e teorias
Comunicação na equipe de enfermagem e o PE
Papel do enfermeiro no PE: compromisso, responsabilidade profissional e assistencial, mobilização para compreensão do essencial para a Enfermagem
Tomada de decisão assistencial e o PE: resolução de problemas, raciocínio lógico, julgamento e processo de decisão clínica
Atividades gerenciais vinculadas ao PE: planejamento, organização dos cuidados e avaliação.
Habilidades e competências do enfermeiro para o PE
Conhecimento sobre o PE: prática dos membros da equipe de enfermagem
Ferramentas informatizadas para operacionalização do PE
Padronização da linguagem profissional para o PE
Registros de enfermagem: documentação para o PE
Capacitação para o PE

Esses atributos definidores da elaboração do conceito Processo de Enfermagem ajudaram a nomear as ocorrências do fenômeno específico e distingui-lo de similares ou relacionados.

4.2.2.2 DEFINIÇÃO TEÓRICA DO CONCEITO PROCESSO DE ENFERMAGEM

A definição teórica do conceito de Processo de Enfermagem tornou possível afirmar a existência do fenômeno que o envolve e confirmou a previsão do mesmo no Esquema de Cuidados Hospitalares (PORTO, 2014), no qual, entre os elementos essenciais do cuidado de enfermagem no cenário hospitalar, encontra-se o PE. Porém, na análise do conceito existe uma ordenação própria para esta abordagem. Essa etapa foi caracterizada a partir dos elementos constitutivos do seu conteúdo e seus atributos de definição, sua inserção e abrangência no cenário hospitalar. E, neste sentido, no quadro 35 mostrado a seguir, é apresentada a organização estrutural e funcional dos elementos constituintes da definição teórica do conceito “Processo de Enfermagem”.

QUADRO 41. ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL E FUNCIONAL DA DEFINIÇÃO TEÓRICA DO CONCEITO PROCESSO DE ENFERMAGEM. RIO DE JANEIRO, 2015

ELEMENTOS CONSTITUINTES	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
MÉTODO CIENTÍFICO	Está associado à necessidade de se introduzir um conhecimento para reafirmar a profissão baseada em uma metodologia científica. Constitui-se como um saber organizado, sistemático baseado em modelos de teorias que visam descrever, explicar e prever fenômenos vinculados às atividades de enfermagem.	Caracteriza-se por ser uma metodologia própria de trabalho da Enfermagem, baseado no método científico. Este modelo foi iniciado e amplamente difundido no Brasil, nas instituições de ensino, sendo uma proposta de Wanda de Aguiar Horta para inserção nos cursos de graduação onde se preconizava seis etapas para o seu desenvolvimento, a saber: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados de enfermagem ou prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.	As ações de enfermagem baseiam-se na prestação de um cuidado mais qualificado e sistematizado, possibilitando o enfermeiro prestar uma assistência individualizada e centrada em um método racional e científico, desenvolvida através do PE.	Permeia todas as ações que envolvem o planejamento e avaliação dos cuidados, sendo O PE considerado como uma metodologia de trabalho mais conhecida e aceita nas instituições de saúde do mundo, o que facilita a troca de informações entre enfermeiras de vários serviços de saúde.
PROCESSO DE ASSISTIR EM ENFERMAGEM	É composto por uma série de processos e elementos, os quais podem ou não ser executados concomitantemente. É uma tecnologia da prática do cuidado, proporciona modificações significativas no modo de produzir enfermagem, exercendo, de maneira efetiva, uma maior autonomia no processo do cuidar.	Envolve os seguintes itens: (a) objeto: cuidados do indivíduo e os profissionais da equipe de enfermagem (enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem), (b) instrumentos: saberes estruturados, habilidades, atitudes, materiais, equipamentos e estrutura física; (c) finalidade: promover, manter, recuperar a saúde; (d) métodos: SAE e procedimentos de enfermagem e (e) produtos: indivíduo saudável ou medidas paliativas para a morte digna do indivíduo. Compreender o processo de trabalho ajuda o enfermeiro a tomar decisões, prever e avaliar as consequências de sua prática profissional.	O processo de trabalho do enfermeiro deve estar alinhado com as atuais intervenções terapêuticas, de modo a estabelecer um plano terapêutico condizente com as reais necessidades do paciente.	Estão associadas à valorização das práticas da enfermagem como elemento articulador do processo de cuidar e implicam na prática reflexiva e na contextualização do cuidado no âmbito da enfermagem, contribuindo para o reconhecimento profissional, maior autonomia e visibilidade do enfermeiro. Torna o enfermeiro mais segura para exercer o seu papel profissional junto ao paciente, família e comunidade e junto a equipe hospitalar.

ELEMENTOS CONSTITUINTES	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	A prática articulada e integrada do PE nas instituições de saúde envolve a forma em que o PE é institucionalizado e pode influenciar de forma negativa ou positiva na organização do trabalho da equipe de enfermagem nas instituições de saúde. Os modelos e tendências de gestão organizacional permitem o enfermeiro vislumbrar uma atuação mais efetiva dentre das instituições de saúde visto que as principais barreiras para o processo de operacionalização do PE estão diretamente relacionadas aos problemas institucionais e pessoais.	Envolve o planejamento do cuidado por meio da sistematização das ações que vão deste a identificação dos diagnósticos, das intervenções e da avaliação clínica dos resultados até o registro de todas estas etapas. Considerado uma metodologia assistencial e uma tecnologia do cuidado utilizado nas instituições que prestam serviços de saúde	Relaciona-se com o cuidado na medida em que proporciona o seu planejamento fundamentado em um método científico de resolução de problemas. Ajuda a orientar o raciocínio lógico e melhorar a qualidade do cuidado por meio da sistematização da avaliação clínica, dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados de enfermagem.	Envolve a prática articulada e integrada nas instituições de ensino e de saúde no Brasil, com o desenvolvimento do PE baseado no processo de Wanda de Aguiar Horta, amplamente divulgado nas instituições de saúde brasileiras a partir de 1970.
PROCESSO DE DECISÃO CLÍNICA	É um conjunto de conhecimentos e habilidades e atitudes relacionadas ao planejamento dos cuidados, onde o enfermeiro deve empregar conhecimentos provenientes de outras áreas do saber que são fundamentos para suas decisões clínicas e éticas.	Envolve a necessidade de refletir sobre o que deverá fazer e explicar os motivos pelos quais agiu de determinada maneira. O enfermeiro precisa desenvolver sua capacidade reflexiva aliada à investigação para melhor diagnosticar.	No processo de decisão clínica o enfermeiro mobiliza uma série de processos de raciocínio, estratégias e métodos para operacionalizar o seu conhecimento e tomar decisões clínicas válidas para poder identificar as necessidades do paciente e planejar mais eficazmente as intervenções adequadas ao seu paciente.	Ação que deve ser utilizada de forma racional e segura por todos os enfermeiros durante o planejamento da assistência voltadas para o cuidado do paciente.

ELEMENTOS CONSTITUINTES	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
<p>CONTEXTO ASSISTENCIAL: ELEMENTOS ESTRUTURAIS EXTERNOS RELACIONADOS À PRÁTICA DO CUIDAR.</p>	<p>São as atitudes de cuidados que ocorre no desenvolvimento de uma prática baseada no modelo tecnicista / biomédico, que prioriza a doença e os procedimentos, bem como excesso de ações administrativas em detrimento das atividades assistenciais, que se constituem em algumas das dificuldades que contribuem para a ausência de implementação do PE nas instituições hospitalares.</p>	<p>São caracterizados pelos fatores impeditivos para a implementação do PE que apontam para o despreparo do grupo, à falta de interesse e, também, a falta de profissionais, tempo e vontade dos gerentes dos serviços, a filosofia da instituição, a complexidade do método, a falta de conscientização, a acomodação e a desmotivação do profissional de enfermagem; no aspecto organizacional, a falta de pessoal de enfermagem é o fator que predomina prejudicando a implementação do processo de enfermagem.</p>	<p>No contexto assistencial as facilidades e dificuldades na implementação do PE devem ser analisadas pela equipe de enfermagem, uma vez que cada instituição possui suas peculiaridades, a fim de que o método assistencial seja implantado com conhecimento da situação e com metas possíveis de serem alcançadas.</p>	<p>São ações da equipe de enfermagem que resultam das influências dos fatores políticos, culturais, sociais, organizacionais e que comprometem a qualidade da assistência de enfermagem no contexto hospitalar.</p>
<p>CONTEXTO GERENCIAL: FATORES RELACIONADOS À ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL QUE INTERFEREM NA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PE NOS SERVIÇOS.</p>	<p>São as atividades de gerência e dos serviços de gestão das instituições de saúde que podem exercer uma forte influência com decisões que estão diretamente relacionadas ao sucesso ou insucesso da implantação e implementação da SAE através do PE. Envolve modelos e tendências de gestão organizacional que permitam a enfermagem vislumbrar uma atuação mais efetiva dentro das instituições, o que pode facilitar ou dificultar a implantação da SAE. As dificuldades para a implantação da SAE e do PE estão diretamente ligadas a problemas institucionais e pessoais. No que se refere às questões institucionais, percebe-se a necessidade do maior envolvimento das equipes e da vontade política para se alcançar a meta de implantação da SAE e do PE.</p>	<p>Envolve os aspectos relacionados ao distanciamento do enfermeiro de suas atividades assistenciais. É caracterizada por atitudes de desinteresse dos enfermeiros em relação à implementação do plano de cuidados, manifestada pela falta de sistematização na prestação da assistência, além da não priorização de suas atividades, o que faz com que o enfermeiro muitas vezes exerça funções burocráticas em detrimento às atividades de natureza assistencial por causa da sobrecarga de trabalho, o tempo, pouca vontade dos gestores em implantar a SAE e o PE, o desconhecimento do funcionamento do processo e a falta de motivação profissional.</p>	<p>Interesse institucional pela proposta e sua viabilidade prática; a falta de vontade das chefias e da instituição é apontada como um fator que dificulta a implantação e implementação da SAE, além do fato da instituição como organização burocrática não esperar que seja realizado outro cuidado, além do estabelecido pelo médico.</p>	<p>São ações que contribuem para as dificuldades na implantação da SAE e que estão diretamente ligadas a problemas institucionais e pessoais. No que se refere às questões institucionais, percebe-se a necessidade do envolvimento das equipes e da vontade política para se alcançar a meta de implantação SAE e do PE nas instituições de saúde e dos serviços de enfermagem.</p>

ELEMENTOS CONSTITUINTES	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
CONTEXTO ASSISTENCIAL	A prática profissional é a forma de instrumentalizar o enfermeiro por meio de indicadores que são obtidos por meio da implementação do PE. É compreendido como uma metodologia de trabalho derivada de um método científico. É um valioso instrumento para a consolidação do processo de cuidar, pois ampara o exercício profissional e garante a visibilidade ao trabalho da equipe de enfermagem.	É organizado geralmente em cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes e recorrentes (histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de cuidados de enfermagem), podendo variar de acordo com o referencial teórico adotado no serviço de saúde. Envolve práticas assistenciais específicos da Enfermagem considerando o enfoque interdisciplinar e multidimensional do processo do cuidado nos cenários hospitalares.	Favorece a identificação das situações de saúde e doença amparando as ações dos cuidados de enfermagem referentes à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Possibilita o acesso ao pensamento crítico para a descrição e caracterização de julgamentos clínicos, que subsidiam o alcance dos resultados de enfermagem por meio da tomada de decisão, orientando sobre a sequência da lógica da seleção do cuidado, com melhora da qualidade dos serviços prestados e sua avaliação clínica.	Permite a organização e garante uma assistência fundamentada nos princípios éticos que regulamentam a profissão nos todos os serviços de saúde.
INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	Consiste em uma ferramenta de suporte para avaliação do cuidado, ajudando a reduzir erros e padronizando os planos de cuidados. Podem funcionar como uma ferramenta de apoio aos serviços de gestão e de qualidade, por fornecer dados para a avaliação dos diagnósticos, das intervenções, da evolução clínica e dos resultados, além do facilitar o registro da carga de trabalho, na prestação da assistência.	Consiste em um instrumento fundamental para auxiliar a avaliação da produtividade e do desempenho individual e coletivo da Enfermagem. Os registros devem ser realizados desde a admissão do paciente até sua alta, o que permite a continuidade do cuidado e a avaliação da assistência prestada.	Na área de enfermagem especificamente, os avanços da informática visam também aumentar o tempo disponível do profissional para as atividades relacionadas ao cuidado, o que proporciona uma assistência mais humanizada. O registro informatizado reside em apresentar de forma clara as necessidades e situação de saúde do paciente, bem como as condutas clínicas de cuidar que foram implementadas e a avaliação contínua do cuidado prestado.	Nos serviços de saúde, a grande parte das informações é realizada pela equipe de enfermagem, pois no seu processo de trabalho são gerados a todo o momento, dados decorrentes das atividades assistenciais e gerenciais referentes às diferentes dimensões da assistência prestada pelas equipes de profissionais de saúde. Assim, registrar é uma responsabilidade profissional e social de todos os profissionais da equipe de enfermagem envolvidos no processo assistencial.

ELEMENTOS CONSTITUINTES	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
PE INFORMATIZADO	<p>É uma ferramenta assistencial desenvolvida para os registros de informações sobre a prática assistencial de enfermagem, além de facilitar a operacionalização da sistematização da assistência de enfermagem.</p> <p>O prontuário eletrônico tem sido utilizado também como uma alternativa no apoio ao desenvolvimento do PE, oportunizando integrá-lo em uma estrutura lógica de dados, informação e conhecimento para a tomada de decisão do cuidado sistematizado.</p>	<p>Consiste em uma ferramenta eletrônica para introdução e acesso rápido de dados, ajuda a reduzir erros e padronizar os planos de cuidados, de modo que os maiores beneficiados por esse sistema sejam para os profissionais de enfermagem, pois são responsáveis pela maioria das informações contidas no prontuário do paciente.</p>	<p>PE por meio do prontuário eletrônico permite o registro de todas as suas fases, devendo ser anotadas no prontuário do paciente as informações completas, desde o histórico, exame físico, diagnósticos de enfermagem, prescrição da assistência, até a evolução e avaliação de enfermagem o que favorece a continuidade dos cuidados prestados.</p> <p>Permite a comunicação entre profissionais de saúde e de enfermagem, a melhoria da qualidade assistencial e, a visibilidade com benefícios para o cliente, para o serviço e para a ciência da Enfermagem.</p>	<p>A utilização da tecnologia da informação e a implementação da SAE e do PE por prontuário eletrônico são indispensáveis para a prática de enfermagem nos dias atuais.</p> <p>É provável que a efetivação do PE possa ter promovida e facilitada com a utilização dos recursos da tecnologia da informação como, por exemplo, a inserção de protocolos específicos da sistematização da assistência nos serviços de saúde.</p>

4.2.2.2.1. DEFINIÇÃO TEÓRICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Processo de Enfermagem é uma metodologia assistencial com três ou mais etapas organizadas de maneira sistematizada, para a prestação de cuidados aos pacientes, famílias e comunidades, com base no método científico. O sucesso de sua aplicação depende de seu embasamento em modelos estruturados, conceitos e teorias e os membros da equipe de enfermagem mostram sintonia com este arcabouço teórico, que dialoga com a filosofia da instituição de saúde. O conhecimento do Processo por todos os membros da equipe é condição fundamental para sua operacionalização, na prática assistencial. Ao ser compartilhado, o conhecimento assegura visão integral e abrangente do processo de cuidar, com ações de enfermagem dirigidas aos pacientes, famílias ou comunidades. A continuidade e qualidade da assistência fundamentam-se em parte neste conhecimento, com desdobramentos para os demais profissionais da saúde. O enfermeiro necessita ampliar sua compreensão daquilo que é essencial à Enfermagem, aliado ao compromisso e à responsabilidade profissional e assistencial.

O enfermeiro gerente do cuidado e líder da equipe é responsável pelo planejamento, organização e avaliação da assistência, para garantir todos os cuidados necessários. Para interagir com a equipe, identificar e intervir nas diferentes situações clínicas e demonstrar domínio intelectual sobre a assistência de enfermagem, o enfermeiro desenvolve habilidades e competências profissionais. O enfermeiro adota o método de resolução de problemas para tomar decisões gerenciais e assistenciais, o que requer julgamento crítico, habilidade e perícia. Este método orienta a sequência do raciocínio lógico e melhora a qualidade do cuidado. A decisão clínica vincula-se à operacionalização do Processo, no qual o enfermeiro adota a capacidade reflexiva para identificar diagnósticos, escolher resultados esperados e selecionar intervenções mais adequadas. Suas competências e habilidades e seu conhecimento prévio dos fenômenos da Enfermagem são facilitados quando se aplica prática profissional sistematizada segura e direcionada. Os membros da equipe de enfermagem utilizam a comunicação, principalmente, em sua forma escrita, para transmitir as informações relativas ao cuidado do paciente, através dos registros e anotações de enfermagem.

Os profissionais de saúde e os membros da equipe de enfermagem atentam para a maneira de se comunicar a fim de que as informações relativas ao cuidado possam ser registradas de maneira clara, objetiva, concisa e fidedigna assegurando sua continuidade. Imbuídos dessas características, os registros estão presentes em todas as etapas do Processo e contribuem para a garantia da segurança do paciente, a circulação de informações entre os profissionais de saúde, inclusive aquelas acerca do cuidado dos pacientes. O desenvolvimento

de sistemas de classificação para a padronização e universalização das práticas de enfermagem favorece sua inserção no sistema de informação em saúde, bem como na documentação sobre o Processo. O prontuário eletrônico gera maior frequência e precisão dos registros, documenta as etapas do Processo, permite fácil acesso às informações do paciente, facilita a avaliação da assistência, fomenta sua qualidade e favorece os processos de auditoria. A capacitação para o Processo requer aperfeiçoamento dos membros da equipe de enfermagem no domínio de conhecimentos para identificar, compreender e intervir nas situações de cuidado. As práticas educativas com estratégias coletivas de ensino para todos os membros da equipe fomentam seu entrosamento e relacionamento e facilitam seu envolvimento com as etapas do Processo. Como contribuição da educação para a qualificação profissional, a capacitação resulta na identificação de lacunas no processo assistencial e prestação de cuidados de qualidade e nas expectativas profissionais e institucionais.

4.2.2.3 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DO CONCEITO PROCESSO DE ENFERMAGEM

A definição operacional de um conceito possibilita que seu significado apresente nexos com a prática, quando os seus referentes empíricos são identificados e testados na prática profissional. Sua função relaciona-se à descrição de um conjunto de procedimentos, os quais são caracterizados pelos elementos constitutivos do conceito, do seu conteúdo e de seus atributos de definição, de seu continente e sua abrangência no cenário hospitalar.

A seguir, no quadro 42, é apresentada a organização estrutural e funcional da definição operacional do conceito Processo de Enfermagem.

QUADRO 42. ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL E FUNCIONAL DA DEFINIÇÃO OPERACIONAL DO CONCEITO PROCESSO DE ENFERMAGEM. RIO DE JANEIRO, 2015

ELEMENTOS CONSTITUINTES	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
EVOLUÇÃO DO PE NO ENSINO, NA PRÁTICA E NA PESQUISA:	<p>A evolução do PE, em seus aspectos globais, vem acompanhando o desenvolvimento científico e tecnológico da prática profissional da Enfermagem, no Brasil e no mundo.</p> <p>É um instrumento facilitador da assistência e podemos identificar na prática, pesquisa e assistência. Houve grandes avanços no contexto histórico de sua evolução. Ele passou a ser reconhecido como agente de mudança desta maneira definindo o espaço do enfermeiro entre os demais profissionais e independência de suas ações.</p> <p>Considerado um elemento essencial e obrigatório na prática profissional; ele contribui para a autonomia do enfermeiro e para o desenvolvimento de suas atividades específicas e, conseqüentemente, para a definição de seu espaço.</p>	<p>Elemento norteador para a sistematização, nos últimos anos destacam-se alguns fatores que perpassam desde o conhecimento técnico-prático e científico até a habilidade e competência do enfermeiro. Melhora o processo de trabalho da enfermagem proporcionando medidas de padrões mais elevados de qualidade na assistência.</p> <p>Palavras significativas: teoria, padrão, estrutura, instituições, atividade teórica, atividade prática, embasamento teórico referencial, instituições de saúde, instituições de ensino, , lei do exercício profissional; obrigatoriedade; resolução, enfermeira e equipe de enfermagem.</p>	<p>Utiliza métodos, normas e procedimentos específicos para identificar e atender as necessidades de saúde do ser humano nos diferentes cenários, individual ou coletivo.</p> <p>Assim, diante das diversas situações existentes nas instituições e serviços de saúde, os enfermeiros mobilizam-se para atender melhor a população, no que se refere a prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, para melhor garantir uma qualidade de vida para o indivíduo, família e comunidade.</p>	<p>Instituições de ensino e saúde e Conselhos de Enfermagem foram importantes na sua divulgação, disseminação e normatização do PE.</p> <p>Ele passou a ser considerado como base para o plano de ação dos profissionais e gestores dos serviços; a padronização, análise e melhoria contínua dos processos de cuidado e de seus resultados.</p> <p>A introdução dos processos de certificação e acreditação nos serviços de saúde provocou mudanças na maneira de assistir ao cliente nas instituições de saúde privilegiando os enfoques relativos ao PE.</p>

ELEMENTOS CONSTITUINTES	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
DIMENSÕES GERENCIAIS E ASSISTENCIAIS NA IMPLANTAÇÃO DO PE.	<p>As dimensões gerenciais e do cuidado estão relacionadas aos fatores extrínsecos e intrínsecos que vem interferindo ao longo dos anos para a efetiva operacionalização do PE.</p> <p>O contexto gerencial envolve um conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e compreensão de todo o processo gerencial do cuidado direto e indireto ao paciente, família e comunidade, com o desempenho de ações práticas e administrativas necessárias para a assistência em todos os espaços institucionais de prestação de cuidado em saúde. O contexto assistencial envolve planejamento, execução e avaliação do cuidado direto prestado ao paciente, família e comunidade. As ações e atos de cuidado devem ser de caráter integral e individualizado com um atendimento as necessidades em todos os níveis de saúde: biológico, espiritual, social, psíquico e cultural.</p>	<p>O PE contribui para a organização e gestão dos cuidados e serviços considerando-se os recursos humanos e materiais para sua realização. É um indicador para a tomada de decisão clínica e gerencial, além de facilitar a prática de auditoria interna e externa.</p> <p>Operacionalização, implantação, recursos, operacionalização, gestão de serviços, atividade burocrática, liderança, recursos humanos, recursos materiais, sobrecarga de trabalho, interferência, capacitação, dificuldades, equipe de enfermagem, resistência, treinamento, conflitos, adesão, barreiras.</p>	<p>A operacionalização do PE na prática de enfermagem destaca-o como elemento articulador dos processos de cuidar e gerencial, que implicam diretamente na assistência de enfermagem, seja no planejamento, na execução e avaliação do cuidado.</p> <p>Ele exige efetiva participação dos trabalhadores, gestores e usuários das instituições de saúde, os quais desempenham um papel essencial na garantia e manutenção do cuidado.</p>	<p>Esta dimensão abrange os fatores extrínsecos e intrínsecos relacionados aos aspectos facilitadores e dificultadores que envolvem a aplicação do PE, estejam relacionados a gestão e gerência dos serviços, bem como aos profissionais de enfermagem.</p> <p>Estes profissionais são fundamentais no desenvolvimento da qualidade assistencial e organizacional dos serviços.</p>
O PE E A SAE NOS CONTEXTOS SOCIOCULTURAL E ASSISTENCIAL: DIMENSÕES TEÓRICAS, PRÁTICAS E SOCIAIS.	<p>Os contextos teóricos, práticos e sociais relacionados ao PE correspondem aos modelos conceituais ou teóricos de enfermagem elaborados no decorrer dos anos. Os contextos socioculturais e assistenciais são requisitos que interferem diretamente na operacionalização do PE, no cenário hospitalar.</p> <p>O PE e a SAE são influenciados por fatores multifatoriais, resultantes dos aspectos sociais, culturais, psicossociais e organizacionais do processo de cuidar.</p>	<p>O PE favorece à valorização da prática da enfermagem como elemento articulador do processo de cuidar e implica na prática reflexiva e na contextualização do cuidado no âmbito da enfermagem.</p> <p>Conceitos, modelos e teorias específicas de enfermagem; concepções teóricas, relação terapêutica, equipe de trabalho, equipe multidisciplinar; autonomia; valores; percepções expectativas; processo saúde-doença, cultura; profissionais de enfermagem, paradigmas, ser humano, ambiente, saúde e a Enfermagem.</p>	<p>Implica no processamento da sistematização do cuidar, e possibilita desenvolver o PE sob novas concepções do ser, do saber e fazer da Enfermagem considerando a interface de cuidar-gerir.</p> <p>No que se refere a assistência ao paciente, família e comunidade, diversos aspectos do cuidado facilitam a recuperação da saúde e do bem-estar, através da identificação das necessidades humanas básicas afetadas relacionadas aos indivíduos, família e comunidade.</p>	<p>O contexto sociocultural e assistencial e suas dimensões teóricas, práticas e sociais associam-se à necessidade de se utilizar uma assistência de enfermagem sistematizada visando a quantificação e qualificação do cuidado prestado com a participação, ativa de toda equipe de enfermagem, do usuário, família e comunidade nos diversos cenários hospitalares.</p>

ELEMENTOS CONSTITUINTES	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	A prática articulada e integrada do PE nas instituições de saúde envolve a forma em que o PE é institucionalizado e pode influenciar de forma negativa ou positiva na organização do trabalho da equipe de enfermagem nas instituições de saúde. Os modelos e tendências de gestão organizacional permitem o enfermeiro vislumbrar uma atuação mais efetiva dentre das instituições de saúde visto que as principais barreiras para o processo de operacionalização do PE estão diretamente relacionadas aos problemas institucionais e pessoais.	Envolve o planejamento do cuidado por meio da sistematização das ações que vão deste a identificação dos diagnósticos, das intervenções e da avaliação clínica dos resultados até o registro de todas estas etapas. Considerado uma metodologia assistencial e uma tecnologia do cuidado utilizado nas instituições que prestam serviços de saúde	Relaciona-se com o cuidado na medida em que proporciona o seu planejamento fundamentado em um método científico de resolução de problemas. Ajuda a orientar o raciocínio lógico e melhorar a qualidade do cuidado por meio da sistematização da avaliação clínica, dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados de enfermagem.	Envolve a prática articulada e integrada nas instituições de ensino e de saúde no Brasil, com o desenvolvimento do PE baseado no processo de Wanda de Aguiar Horta, amplamente divulgado nas instituições de saúde brasileiras a partir de 1970.
PE NA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM	É a necessidade de se introduzir de forma mais efetiva no currículo de graduação em enfermagem o ensino, a prática e pesquisa da metodologia do PE. Algumas instituições de ensino indicam que o PE deve ser ensinado em todas as disciplinas da grade curricular. A formação do profissional em enfermagem tem fundamento na teoria e na prática, sendo o campo da prática, a área para procurar concretizar essa articulação.	Abordagem teórica e prática do PE durante a formação do enfermeiro, permitindo continuidade, coerência e inter-relação do tema, de forma harmoniosa entre a teoria e a prática, pois é o campo da prática, a oportunidade de se concretizar essa articulação e de facilitar este aprendizado. Envolvem aspectos da formação do enfermeiro que podem interferir na aplicabilidade do PE nas práticas assistenciais diárias dos profissionais.	Compreendem estudos publicados, na maioria, por docentes apontam para as dificuldades encontradas no ensino do PE e para o fato de que o seu uso na prática assistencial ainda é incipiente ficando, na maioria das vezes, restrito as atividades acadêmicas, sem integração com as atividades dos enfermeiros assistenciais.	É influenciada pela dicotomia entre a prática e o ensino do PE durante a graduação o que também pode estar relacionado à organização da prestação de cuidados de enfermagem baseada no modelo funcional, onde se deixa de considerar o ser humano e suas especificidades ao enfatizar o atendimento e a manutenção dos interesses fragmentados do modelo institucionalizado nos hospitais.

ELEMENTOS CONSTITUINTES	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
PE NOS PROGRAMAS DE PÓS GRADUAÇÃO NO BRASIL	<p>Constitui o uso da temática na pós-graduação com destaque para a produção de conhecimento através das dissertações e teses que abordam o tema como: SAE, PE, teoria de enfermagem, consulta de enfermagem e metodologia da assistência de enfermagem contribuindo para a construção do saber em Enfermagem.</p> <p>A pós-graduação tem ampliado a discussão quanto a diversidade de termos adotados como sinônimos que são responsáveis por vieses no percurso metodológico e obstáculos para o aprofundamento científico acerca do tema e que devem ser oportunamente mais bem definidos.</p>	<p>A evolução do número de publicações originadas das experiências acerca da utilização da sistematização da assistência nas instituições de saúde e do ensino brasileiras vem ocorrendo de forma lenta e essencialmente atrelada aos grupos de pesquisa e trabalhos desenvolvidos dentro das universidades, diretamente envolvidos com os programas de Pós-Graduação.</p>	<p>Referem-se ao interesse dos enfermeiros pesquisadores sobre o PE na prática clínica. As atividades de pesquisa e ensino envolvem, desde o aspecto conceitual até a operacionalização das etapas do PE na prática assistencial. A relação entre os cenários de ensino e o campo do trabalho, ou seja, a integração docente assistencial contribui para formação de parcerias entre os serviços de saúde e a academia, o que promove maior integração entre o ensino, prática e pesquisa, pois facilita o envolvimento dos profissionais dos serviços diretamente na formação dos estudantes.</p>	<p>A inserção da pós-graduação no ensino e prática do processo de enfermagem nas instituições de ensino superior ainda é considerada recente, sendo realizado em disciplinas isoladas, o que pode estar contribuindo para a falta de padronização das ações de ensino e da prática do PE nas instituições hospitalares.</p>
PE NA PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO	<p>Envolve atitudes de mobilização quanto a necessidade de compreensão de que é essencial para a profissão de Enfermagem decidir pela utilização do PE e escolher uma teoria para subsidiá-lo na prática assistencial, no ensino ou na pesquisa o que implica também em identificar os referenciais adotados na Enfermagem distinguindo-os daqueles adotados por outras pessoas ou áreas.</p>	<p>É caracterizado pelos diversos conceitos, teorias e modelos específicos da Enfermagem desenvolvidos ao longo dos anos e que tiveram por finalidade a fundamentação da prática assistencial, para que as ações fossem planejadas, determinadas e gerenciadas para o cuidado mais qualificado, fosse ele individual ou coletivo. Atualmente, o PE na prática profissional, também tem outras finalidades como visa facilitar a introdução dos sistemas de informação em saúde, com o registro de todas as suas etapas, permitir avaliação dos padrões de qualidade o que permite avaliação e acompanhamento constante do cuidado prestado pela equipe de enfermagem e de saúde durante todo o processo de assistir ao paciente.</p>	<p>PE passou a ser motivo de maior preocupação para os enfermeiros devido à aprovação da Lei do Exercício Profissional. Usado na prática assistencial, determina o enfoque do cuidado que será prestado. A dicotomia entre prática e o ensino do fazer Enfermagem também está relacionada à organização da prestação de cuidados de enfermagem baseada no modelo assistencial denominado funcional, bem frequente no âmbito biomédico, ao enfatizar o atendimento e a manutenção dos interesses fragmentados do modelo institucionalizado nos hospitais.</p>	<p>São as ações e as atitudes que estão envolvidas com o uso das etapas do PE no trabalho gerencial e assistencial do enfermeiro em todos os níveis de assistência dos serviços de saúde.</p>

ELEMENTOS CONSTITUINTES	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
REGISTROS DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	<p>Documentos legais contendo informações pertinentes realizadas do momento da internação até a alta. Eles se constituem em meio pelo qual os profissionais de enfermagem recebem e fornecem informações, o que ajuda nas ações de planejamento, execução, avaliação e participação, em conjunto com os demais membros da equipe de saúde responsáveis pelo cuidado ao paciente.</p> <p>Constituem-se em forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao paciente e aos cuidados prestados pelos membros das equipes de saúde. São realizados pela equipe de enfermagem e abordam questões administrativas, descrição dos procedimentos a serem realizados e que já foram realizados, como também todas as etapas do PE, tais como: histórico, prescrições e evoluções e avaliações dos cuidados e das intervenções realizadas. Os registros contêm todos os cuidados e avaliações do paciente realizadas pela equipe de enfermagem e equipe multidisciplinar. Os registros também são fundamentais para a qualidade dos processos de auditoria nas instituições e serviços de saúde.</p>	<p>Ser preciso, escrito de forma legível, sem erros ortográficos, sem abreviações não padronizadas pela instituição, ter coerência, sem erros ortográficos, rasuras, conter a assinatura, data, carimbo com o conselho profissional de quem presta o cuidado. Expressar com fidedignidade as prescrições, os cuidados prestados e avaliações dos profissionais da equipe desde o momento da admissão até a alta do paciente da instituição. Caso haja falha nos registros das atividades referentes aos cuidados prestados, isto compromete o trabalho da equipe, a avaliação e a continuidade da assistência, seja porque estão incompletos, seja porque estão ausentes.</p> <p>Registros, etapas, planejamento, histórico, prescrição, evolução, diagnóstico, avaliação, cuidados, preenchimento, formulário, comunicação, notificação, impresso, roteiro, exame físico, dados coletados, adaptado, alterações, necessidades, respectiva, referidas.</p>	<p>Eles são essenciais na avaliação das atividades do enfermeiro e devem ser realizados em todas as etapas do PE. Os dados extraídos dos registros envolvem todos os profissionais de saúde fornecendo informações para construção de indicadores de qualidade da assistência, além de dar subsídio para o desenvolvimento de outras áreas de atuação da Enfermagem, como a pesquisa e o ensino. Nas informações referentes aos registros dos cuidados prestados aos pacientes mais da metade são elaborados pela equipe de enfermagem.</p>	<p>Os registros permitem avaliar os aspectos organizacionais, operacionais e financeiros das instituições, nos aspectos qualitativos e quantitativos relacionados à assistência e qualidade dos cuidados prestados.</p> <p>Por serem obrigatórios como instrumentos para avaliar a qualidade dos serviços prestados aos pacientes e a sociedade, fizeram surgir a necessidade de qualificar um profissional de saúde para exercer esta função nas instituições que prestam serviços de saúde públicos ou privados. Esta nova necessidade abriu um novo campo profissional para a Enfermagem nas equipes de auditoria.</p>

ELEMENTOS CONSTITUINTES	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
<p>SISTEMAS INFORMATIZADOS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE</p>	<p>Os sistemas informatizados descrevem o avanço da tecnologia, o seu desenvolvimento e sua inserção nos prontuários eletrônicos em cenários hospitalares dos serviços de saúde. Esta é uma nova forma de olhar para os registros, destacando-se os estudos sobre os diversos sistemas informatizados nos serviços de saúde nacionais e internacionais.</p> <p>Os sistemas informatizados nos serviços de saúde possibilitam a introdução dos registros das etapas do PE e das classificações de enfermagem nos prontuários eletrônicos de pacientes.</p>	<p>Os sistemas permitem a interface entre as anotações e os registros com a prática assistencial dos enfermeiros.</p> <p>Implica na evolução dos registros em prontuários eletrônicos e na utilização de uma linguagem padronizada, como, por exemplo, a dos sistemas de classificações internacionais das práticas da enfermagem: NANDA, NIC e NOC, além da CIPE.</p> <p>Intervenções de enfermagem, Informatização, classificações, sistemas, linguagem, sistemas eletrônicos, padronização, internacionais, serviços de saúde, informática, enfermagem, terminologias, NANDA, NIC, NOC, CIPE, auditoria, taxonomias, computadorizado, classificação internacional.</p>	<p>Os registros informatizados são realizados pela equipe de enfermagem e permitem a comunicação permanente entre os membros da equipe multiprofissional, com transmissão de informações que facilitem o planejamento, tomada de decisões clínicas e gerenciais e continuidade da assistência prestada.</p>	<p>A inserção dos sistemas informatizados dos registros de enfermagem no contexto dos cenários hospitalares possibilita ampliar o conhecimento teórico-prático do enfermeiro, visando uma assistência de enfermagem eficaz e de</p> <p>Qualidade, para atender a demanda e ao mercado de trabalho da Enfermagem.</p>

A formação deste conceito foi descrita operacionalmente mediante o *Caso Modelo* e o *Caso Adicional*, os quais foram construídos a partir dos elementos constituintes do conceito levantados nas categorias analíticas. Optou-se pela construção do caso adicional denominado de *caso limite*. Assim, a organização estrutural da definição do conceito Processo de Enfermagem, é representada a seguir, na figura 14.

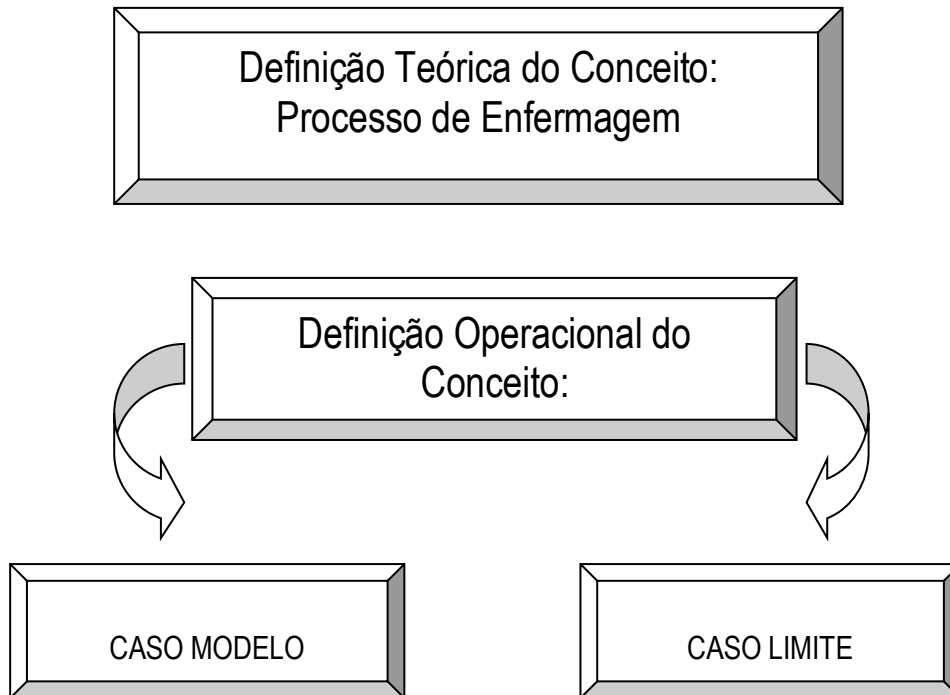


FIGURA 14: ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL DO CASO MODELO E CASO LIMITE. RIO DE JANEIRO, 2015.

4.2.2.3.1. DEFINIÇÃO OPERACIONAL DO CONCEITO PROCESSO DE ENFERMAGEM

A definição operacional do conceito foi descrita através de um caso modelo que, segundo o referencial do estudo, são usados para auxiliar o pesquisador na identificação das características/atributos essenciais do conceito, que permitem seu uso adequado. A construção de casos adicionais, com parte dos atributos, auxilia na identificação de contrastes em relação ao caso modelo, o que permite delineá-lo de maneira mais consistente para os cenários hospitalares.

Os casos limites são exemplos do conceito que contêm a maior parte ou até mesmo todas as características de definição, mas podem ser diferentes em uma delas, seja na extensão, ou na intensidade da ocorrência de algum atributo.

Assim concebidos, os casos limites exemplificam o PE nos diferentes níveis hierárquicos, nos quais os profissionais da saúde e/ou o enfermeiro aplicam esta metodologia na

prática assistencial, no ensino e na pesquisa; ou seja, são exemplos da operacionalização do PE nas instituições de saúde e de ensino. A escolha de casos vinculados aos enfermeiros e docentes foi intencional, no intuito de exemplificar operacionalmente os cuidados mais característicos destes profissionais, no manuseio e/ou aplicação do PE em cenários hospitalares e em ambientes relacionados.

O caso modelo foi construído a partir da utilização de todos os atributos considerados essenciais ao conceito, identificados em cada categoria de análise. A elaboração de casos adicionais serve para clarificar o conceito. Essa construção tem o propósito de delinear como o conceito Processo de Enfermagem vem sendo utilizado (usos dos conceitos) e também, identificar as situações que o antecederam.

4.2.2.3.2.CASO MODELO:

PE COMO ELEMENTO NORTEADOR DO CUIDADO HOSPITALAR E SUAS DIMENSÕES

Com a evolução da Enfermagem no ensino, prática e na pesquisa, o incremento da implementação e implantação da SAE nos diversos cenários fez que com o enfermeiro reconhecesse o PE como ferramenta estratégica para nortear suas ações gerenciais e assistenciais nos serviços de saúde. O PE passou a ser reconhecido como elemento essencial aos cuidados de enfermagem hospitalar, o que veio determinou significativas transformações na experiência do ser, saber e fazer dos enfermeiros assistenciais e gestores de saúde. As dimensões do PE trazem à evidência aspectos significativos que esclarecem os seus antecedentes na trajetória da Enfermagem. Por influência de determinantes diversos, passou-se a admitir a necessidade de incorporar conhecimento científico à prática de Enfermagem, para sedimentar a Enfermagem enquanto profissão. Quanto às dimensões gerenciais e do cuidado na implantação do PE pode-se afirmar que todas as ações do enfermeiro devem estar diretamente ligadas à sua capacidade para aplicar conhecimento científico e prático, aliada a habilidades cognitivas, reflexivas, e julgamento crítico para organizar, planejar, coordenar, executar e avaliar o cuidado prestado nos diferentes espaços terapêuticos do hospital. No que se refere aos aspectos gerenciais, nos diversos modelos e tendências de gestão organizacional, o PE permite ao enfermeiro vislumbrar sua atuação efetiva nas instituições de saúde, visto que as principais barreiras para a operacionalização estão relacionadas aos problemas institucionais e de gerenciamento de recursos e de pessoal. Por sua vez, a perspectiva do cuidado, sob a bússola do PE, abrange as ações de cuidados organizados, sistematizados com base em modelos estruturados, conceitos e teorias que visam à identificação e resolução dos fenômenos

vinculados à disciplina enfermagem com adoção de princípios científicos e uso de metodologia científica para a assistência de enfermagem. No que diz respeito às perspectivas e dificuldades de utilização do PE e a SAE nos contextos sociocultural e assistencial, há aspectos peculiares, que envolvem: dimensões teóricas, práticas e sociais, que, embora congreguem peculiaridades técnicas e da prática da assistência, precisam operar integradas e individualizadas, para garantir a qualidade e humanização do cuidado. A dimensão teórica abarca conhecimentos de domínio indispensável pelos egressos do curso, bem como no processo de atualização de enfermeiros já incorporados ao mercado de trabalho. Nesse sentido, torna-se urgente que as instituições de ensino e dos diferentes níveis de serviços gerenciais das instituições de saúde, em todo o território nacional, estejam atentas para a importância do investimento financeiro e pessoal para planos de aperfeiçoamento e capacitação com adoção de programas de educação continuada com ênfase nos treinamentos em serviço voltados para todos os profissionais da equipe de enfermagem. As atividades voltadas ao treinamento e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, em todos os níveis de assistências, visam ao desenvolvimento de uma prática do PE mais segura, com melhor desempenho na prestação dos serviços e maior qualidade na execução do cuidado voltado para o paciente, família e comunidade. Por sua vez, a dimensão da prática, intimamente relacionada com a anterior, requer durante o processo de formação na graduação e da pós-graduação uma prática articulada e integrada entre as instituições de ensino e de saúde, de forma a desenvolver a Enfermagem através de modelos institucionalizados e sistemáticos da assistência de enfermagem. Assim, as dimensões teóricas e práticas do PE permitem ao enfermeiro vislumbrar uma atuação mais efetiva, junto ao paciente, família e comunidade, relacionada ao cuidado sistematizado, singular, seguro e individualizado, nos diferentes níveis de complexidade. A articulação positiva entre a teoria e prática desde a formação profissional contribui para a capacidade do enfermeiro, assistencial e/ou gerencial, por meio da sistematização das ações que compreendem, desde a organização do trabalho da equipe de enfermagem nas instituições de saúde, até o planejamento do cuidado efetivo fundamentado em um método científico de resolução de problemas, o que contribui para orientar o raciocínio lógico do profissional, tornando-o de excelência com garantia na melhora da qualidade do cuidado prestado. Sob o ponto de vista da utilidade dos sistemas informatizados dos registros de enfermagem nos serviços de saúde pode-se afirmar que há necessidade de estabelecer um método sistemático de obter e transformar a informação em conhecimento útil para a tomada de decisão, tanto no ambiente clínico quanto na gestão de saúde. Observa-se o uso sistemático dos sistemas informatizados de saúde vem contribuindo de maneira gradativa

para o desenvolvimento da prática de Enfermagem, na medida em que permite o acesso imediato às informações, padroniza e organiza dados dos serviços e dos pacientes de maneira concisa e sistemática, otimizando a prestação da assistência de todos os membros da equipe de saúde. No que tange à prática dos registros de enfermagem nos serviços de saúde, cabe ressaltar que o uso dos registros informatizados dos procedimentos realizados e dos resultados obtidos com este cuidado, disponibilizadas para todos os profissionais envolvidos no cuidado permite melhor gerenciamento dos serviços, das atividades de auditoria e avaliação da qualidade da assistência com parâmetros confiáveis para o alcance de níveis de excelência gerencial e assistencial.

4.2.2.3.3. CASO ADICIONAL

OPERACIONALIZAÇÃO DO PE NA PRÁTICA ASSISTENCIAL: DIFICULDADES NO USO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem na prática assistencial configura-se como uma tecnologia do cuidado e um método de trabalho composto por três etapas, no mínimo. A assistência de enfermagem está embasada no método científico. O enfermeiro tem encontrado dificuldades para a aplicação do Processo na sua prática assistencial, enquanto instrumento científico de trabalho, devido aos obstáculos internos e externos à Enfermagem, dentre os quais se destacam: processo de trabalho inadequado, assistência baseada no modelo assistencial funcional, dicotomia entre o ensino e prática, deficiência no ensino durante a formação de graduação em enfermagem, ausência do conteúdo sobre o PE nos cursos de ensino médio - auxiliares e técnicos de enfermagem, falta de treinamento e capacitação profissional para execução das etapas do Processo, dificuldade do enfermeiro para identificar e nomear os fenômenos da Enfermagem, processo decisório deficiente, acarretando dificuldade na tomada de decisão do enfermeiro, sobrecarga de trabalho, recursos humanos e materiais deficientes, excesso de atividades burocráticas em detrimento das atividades assistenciais, dentre outros aspectos. Estas dificuldades acarretam consequências e interferem negativamente na assistência aos pacientes, famílias e comunidades repercutindo também, de maneira negativa e conflituosa nos membros da equipe de enfermagem, no enfermeiro, nos profissionais e nas instituições de saúde. Os registros de todas as etapas do Processo pelos membros da equipe de enfermagem configuram-se como responsabilidade profissional, social e legal. A negligência do registro de uma ou mais etapas do Processo por parte dos membros da equipe de enfermagem pode interferir negativamente no relacionamento e comunicação com o paciente e a equipe, gerando prejuízos e insegurança, tendo como consequência a descontinuidade e fragmentação

da assistência. Assim, se destacam os aspectos negativos associados ao sistema de documentação para registro de enfermagem, tais como: a tênue incorporação da informação; a ausência de investimento nesta área nos serviços de saúde, a resistência dos enfermeiros para realizar os registros em diversas documentações; para implementar com eficácia todas etapas do PE, falta de padronização e de conhecimento, manuseio de softwares, lentidão de alguns sistemas com maior tempo gasto nos registros, falta de treinamento para todos os envolvidos no cuidado, atraso e dificuldade no uso da ferramenta na prática e implementação incompleta do sistema, pela falta de rotina para a sistematização do PE em todas as suas etapas e respectivos registros e pelo desconhecimento ou dificuldade e aplicar os sistemas de classificação dos elementos essenciais da prática profissional. Assim, há necessidade de os enfermeiros acompanharem os avanços da profissão para vencer o grande desafio para construção de uma assistência mais qualificada, embasada na operacionalização PE sistematizado, com o registro de todas as suas etapas, através da utilização de terminologias adequadas para as fases dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, a ser empregadas no processo de raciocínio clínico e na documentação informatizada ou não da prática profissional.

4.2.2.4 CONSEQUÊNCIAS DO CONCEITO PROCESSO DE ENFERMAGEM

As consequências do conceito envolvem eventos ou incidentes que ocorrem como resultado da ocorrência do conceito. O quadro 45, a seguir, demonstra as consequências identificadas nas categorias analíticas.

QUADRO 43. CONSEQUÊNCIAS DO CONCEITO. RIO DE JANEIRO, 2015.

1. Valorização da prática profissional
2. Qualificação do cuidado de enfermagem
3. Autonomia profissional
4. (In) visibilidade da equipe de enfermagem
5. Reconhecimento profissional
6. Segurança do paciente
7. Mobilização social
8. Cientificidade e saber científico da profissão
9. Relações profissionais, terapêuticas e institucionais.

A Enfermagem utiliza no seu processo de trabalho a SAE e o PE, com as finalidades de direcionar o cuidado e proporcionar segurança ao paciente, com vistas a melhorar a qualidade da assistência prestada e aumentar a visibilidade dos profissionais da equipe de enfermagem no processo de cuidar. O papel exercido pelo enfermeiro é construído desde sua formação, apoiado

nas suas ações do cuidar e do seu saber fazer. O PE conduz a Enfermagem para o caminho de um cuidar consciente e pautado no conhecimento científico.

Menezes, Priel e Pereira (2011) destacam o valor que a sociedade atribui à Enfermagem, o qual é pautado no ter e no saber da dimensão material e individualista comparada ao ser e o fazer pautados em valores éticos, básicos no respeito aos direitos fundamentais do homem a uma existência e convivência digna nos serviços de saúde privados e públicos. A profissão de Enfermagem abraça o cuidado como instrumento para suas ações, na representação de uma prática que possui o profundo compromisso com o ser humano.

Dessa forma, a prática da SAE e do PE proporciona ao enfermeiro a possibilidade de aplicar seus conhecimentos e conquistar o reconhecimento social através da qualidade do cuidado prestado ao paciente, tanto na instituição como junto à família, o que leva à reflexão sobre o papel do enfermeiro na sociedade e sua responsabilidade profissional. A utilização do PE na prática assistencial do enfermeiro contribuiu, ao longo dos anos, para a construção de um saber específico da Enfermagem e, conseqüentemente, para a construção da identidade do enfermeiro e dos membros da equipe de enfermagem. Essa identidade inicia-se na formação profissional, na possibilidade de transformações e na mobilização social, considerando-se a necessidade de mudança de atitude do profissional, frente ao paciente e a comunidade.

Os profissionais de enfermagem revelam a marca de sua prática em seu discurso, ao argumentarem que o método assistencial deve ser voltado para a articulação entre o atendimento das necessidades individuais e coletivas da população, suas organizações sociais, além da racionalidade científica. No entanto, há necessidade de um modelo assistencial que tenha enfoque na promoção, restauração e manutenção da saúde da população, considerando os aspectos que interferem no processo saúde-doença, como, por exemplo, meio ambiente, questões étnicas, de gênero, hábitos, culturas, estilo de vida do indivíduo, família e comunidade dentre outros.

Os profissionais de saúde implicados na assistência ao paciente, família e sociedade, nas instituições de saúde, precisam estabelecer entre si efetivas relações no campo técnico-científico e assistencial para que o cuidado seja planejado e executado de forma eficaz com diferentes abordagens multidisciplinares. Neste sentido, ao se estabelecer um modelo teórico na implementação e implantação do PE, deve-se atentar para a necessidade da universalidade do método científico, que deve ser aplicável a todas as ciências, evidenciando mais explicitamente as implicações teóricas e metodológicas das relações intra e interdisciplinaridade (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Silva, Vannuchi e Gvozd (2015) afirmam que a SAE e PE representam um instrumento de trabalho no qual o enfermeiro identifica as necessidades de saúde do paciente apresentando uma proposta para seu atendimento e cuidado, direcionando os profissionais da equipe de Enfermagem nas ações a serem realizadas. Enfim, o PE é um processo dinâmico e que requer na prática conhecimento técnico-científico. Proporciona suporte teórico e agrega valor científico à organização das ações de prestação de cuidado, além de servir como documento legal da prática profissional de enfermagem. É uma metodologia da prática do enfermeiro e deve ocorrer em todos os ambientes onde se desenvolve o cuidado profissional de Enfermagem.

Entretanto, para Kletemberg, e outros (2004), o enfermeiro tem encontrado dificuldades na aplicação da SAE e do PE como instrumento científico de trabalho, devido a obstáculos internos e externos à Enfermagem, dentre os quais estão as estruturas institucionais, o processo de trabalho deste profissional, a lógica da priorização da atenção médica individualizada e curativa, além da forma como ocorre sua aprendizagem na graduação.

No contexto sociocultural as instituições de ensino, sejam universidades, escolas de enfermagem e/ou hospitais universitários são consideradas como elementos essenciais para a construção da identidade tanto profissional quanto cultural da Enfermagem, através da conscientização do profissional sobre sua responsabilidade ética, legal e técnica no processo de cuidar do ser humano em todos os níveis assistenciais em saúde: promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

Outro aspecto que deve ser destacado refere-se à comunicação entre os membros da equipe de enfermagem e de outros profissionais inseridos na assistência à saúde para melhor qualificá-la. Na Enfermagem a comunicação é de extrema importância para a continuidade da assistência, pois são os profissionais que mais se utilizam desta ferramenta, principalmente, no que se refere à comunicação escrita, através dos registros e anotações de enfermagem. A comunicação terapêutica é aquela que envolve enfermeiro-paciente, pois estabelece as metas de identificar e atender as necessidades de saúde do paciente. Assim, ela melhora a prática de enfermagem, ao criar oportunidades para aprendizagem e sentimentos de confiança nos pacientes (FERREIRA et al., 2009). É possível a utilização da comunicação terapêutica durante todo o processo de enfermagem.

4.2.2.5. Definição de referências empíricas

A determinação das referências empíricas a partir dos atributos definidores, ao final do estudo, permitem detectar alguns elementos acerca de como definir o conceito ou determinar sua existência no mundo real. As referências empíricas são classes ou categorias de fenômenos

reais que, por meio de sua existência ou presença, demonstram a ocorrência do conceito propriamente dito (WALKER; AVANT, 2005).

Entretanto, estudos posteriores deverão abordar sua identificação a partir dos atributos definidores, de tal maneira tal que se possa elaborar instrumentos para pesquisas, nas quais se aprofunde a investigação da ocorrência do conceito em situações reais. Essas referências propiciarão avanços no conhecimento sobre a incorporação do conceito Processo de Enfermagem na realidade da prática assistencial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objeto de estudo desta tese: “ O Processo de Enfermagem” (PE) como elemento do cuidado de enfermagem hospitalar” demandou extenso levantamento bibliográfico e seleção de fontes as mais variadas, merecendo realce a fundamentação teórica da Análise de Conceito, tal como proposta por Walker e Avant (2005).

A complexa trajetória metodológica, compatível com a natureza do objeto da investigação, permitiu a identificação de recorrências e elementos constituintes que possibilitaram a elaboração das definições teórica e operacional - caso modelo, do conceito Processo de Enfermagem.

As definições do PE encontradas na literatura que compôs o corpus do estudo abarcaram consulta a 108 produções científicas diversificadas. Com alicerces calcados na orientação de Walker e Avant, identificaram-se elementos contidos nas diversas dimensões do PE: *metodologia do cuidado, tecnologia do cuidado, ferramenta do cuidado, metodologia assistencial, método de trabalho e método científico.*

Inobstante a aparente riqueza, a diversidade aponta para a ausência de clareza sobre o conceito de PE, o que traz a lume a ausência de consenso entre autores das produções científicas incluídas no corpus da Tese.

Quanto aos conteúdos conceituais relativos ao PE encontrados na literatura, é sintomático que conceitos acerca do processo de enfermagem estiveram ausentes de seu corpus. Entretanto, mesmo diversificadas e até mesmo em contradição, as definições do processo permitiram vislumbrar vínculo sempre buscado com a cientificidade perseguida. Inexistiram surpresas sobre este aspecto, uma vez que o discurso dominante na Enfermagem, como profissão, há décadas, busca reconhecimento de sua posição, no cenário do campo científico.

Por outro lado, considerar o Processo de Enfermagem como um dos elementos essenciais ao cuidado hospitalar tem sentido, uma vez que sua natureza exige adesão significativa às suas práticas assistenciais. Ser essencial significa dizer que sem o elemento do cuidado de enfermagem hospitalar - processo de enfermagem, a Enfermagem deixa de dispor de uma ferramenta fundamental para organizar e sistematizar o cuidado de enfermagem.

A contrário sensu, é triste constatar tantas dificuldades para a implantação e implementação do PE nos cenários hospitalares, dentre outros possíveis. A natureza dessas limitações é multifacetada, ora sendo atribuíveis a causas externas à Enfermagem - vide as

dificuldades apontadas como originárias das instituições de saúde, ora apontadas na equipe de enfermagem e no enfermeiro, ora encontradas na ausência de conhecimento dos membros da equipe de enfermagem sobre o PE, dentre outros aspectos.

Embora se tenha identificado elevada frequência de produções científicas sobre a temática em estudo, ainda se observa a ausência da incorporação da SAE e do PE nas instituições de saúde, notadamente nos hospitais. No alto número de trabalhos e estudos existentes, a maioria dos autores se dedica a questões relativas ao ensino de enfermagem na graduação. Pensando sob o enfoque da equipe, ficou esquecida a participação dos profissionais de ensino médio, que são essenciais para reforçar os investimentos intelectuais, assistenciais, administrativos e institucionais no PE.

Apesar do quadro elaborado a partir da literatura, constata-se que, de maneira geral, existe certa precisão nas posições, o que faz pensar sobre quanto tempo ainda será necessário para que o enfermeiro mude sua atitude perante a SAE e o PE. Como exposto, depois de mais de trinta anos da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e de catorze anos da Resolução do COFEN ainda persistem os mesmos problemas.

Parece que nos encontramos em caminho sem fim, o que provoca justificado desânimo aos enfermeiros que compreendem a essencialidade do PE para a profissão. Em paralelo, constatou-se que certas iniciativas, externas à Enfermagem, incentivam a incorporação do PE em várias instituições de saúde, a exemplo da acreditação hospitalar, o que parece positivo, em que pese as críticas aos modelos de acreditação hospitalar, bem como aos arremedos de PE que são praticados para lograr estes mesmos modelos.

Retomando outros achados da tese, foi possível identificar as definições atribuídas ao PE a partir das bases literárias consideradas neste estudo. Apesar de o confronto das definições terem sido pouco esclarecedoras, elas puderam apontar na direção de uma tendência de busca de cientificidade para o PE, o que também orienta para caminho mais geral da Enfermagem. Assim, foi possível elaborar a definição teórica do conceito Processo de Enfermagem, bem como sua definição operacional através do caso modelo e ainda, um caso limítrofe considerando-se todas as dificuldades relativas à operacionalização do PE.

As implicações do conceito Processo de Enfermagem como elemento essencial do cuidado de enfermagem hospitalar podem ser consideradas como impulso à melhoria significativa da formação do enfermeiro, com a inserção do ensino do PE nas disciplinas das grades curriculares dos cursos de graduação em enfermagem e dos cursos de ensino médio para auxiliares e técnicos de enfermagem.

Nesses aspectos, está calcada a base para articulação entre teoria, assistência e prática, concorrendo para mudanças de atitude dos profissionais frente ao processo de sistematização da assistência de enfermagem.

A tese defendida neste estudo mostra que foi possível a elaboração do conceito Processo de Enfermagem, a partir de bases literárias constituindo-se num conceito fundamental, que envolve vários aspectos específicos do exercício da profissional, relevantes para o melhor desenvolvimento do cuidado de enfermagem.

Em termos gerais, a tese foi confirmada, muito embora o conceito ainda tenha natureza preliminar, resultante de bases literárias representativas da realidade do PE para o território nacional. Por outra perspectiva de análise, em alguns trabalhos internacionais, o conceito carece de representatividade regional.

Pesquisas fecundas sempre levantam questões a serem respondidas por estudos futuros. Neste sentido, acredita-se que a presente investigação provocou reflexões que podem ser transformadas em agenda de pesquisas. Sem qualquer intenção de apresentar respostas definitivas, imagina-se que essas considerações podem anunciar *zonas de sombra* ainda não exploradas, que poderão orientar novos estudos na expectativa de que as questões relativas ao PE e seu conceito possam avançar e desvendar *territórios* ainda inexplorados.

A agenda de pesquisa apresenta tópicos comentados que são sugeridos para a realização de novas investigações, a saber:

- A grande maioria dos estudos e das pesquisas sobre o PE aborda as questões relativas ao seu ensino, notadamente no nível de graduação. Em que pese a contribuição inestimável que estão proporcionando, outras temáticas e outros fenômenos sobre o PE estão à espera de novas pesquisas, para que possam trazer em seus resultados uma compreensão ampliada sobre a prática assistencial do PE e todas aquelas dificuldades que têm sido amplamente apontadas na literatura como fatores que entram sua plena aplicabilidade em cenários de exercício profissional;
- A problemática da relação PE e qualidade da assistência de enfermagem ou do cuidado de enfermagem ou cuidado de enfermagem de qualidade têm sido frequentemente afirmadas na literatura sobre o PE. Entretanto, afirmar sem base empírica comprobatória é deixar de lado a metodologia científica, que provê uma disciplina de bases científicas consolidadas como a Enfermagem parece apresentar uma tendência para tal. Assim, ao se afirmar que um PE institucionalizado e executado em todas suas etapas por enfermeiras e membros de uma equipe de enfermagem competentes, habilitados, capacitados e qualificados gera uma

qualidade assistencial pode passar por um desejo que almeja tornar-se realidade. Se esta afirmativa não estiver acompanhada de resultados empíricos consistentes ela parece merecer descrédito. Assim, pesquisas e investigações que possam explorar a relação PE x qualidade da prática assistencial seriam altamente prioritárias, uma vez que sua confirmação proveria a Enfermagem de dados emblemáticos sobre sua essencialidade no cenário da Saúde;

- Outro grupo de investigações poderia dedicar sua atenção aos modelos assistenciais ou padrões de prestação de cuidados de enfermagem e suas vantagens e facilidades para incorporar plenamente o PE. Sabe-se que o modelo assistencial funcional por sua origem no paradigma da categorização (SILVA, 2002) traz em si mesmo a fragmentação de órgãos, sistemas e finalmente, do cuidado de enfermagem, que se opõe frontalmente ao PE, que busca uma visão integral do ser humano que necessita de cuidados de enfermagem. Outros modelos assistenciais parecem ser mais acolhedores ao PE, mas com a ausência de pesquisas outra *zona de sombra* será estabelecida, quando o esclarecimento sobre a afinidade de modelos ou padrões da assistência de enfermagem e o PE poderia contribuir enormemente para sua operacionalização em instituições de saúde, que atualmente adotam, na maioria das vezes, o modelo funcional, talvez mesclado ao modelo do trabalho em equipe. Assim, após pesquisar, já se saberia de antemão quais modelos ou padrões assistenciais seriam acolhedores de experiências de operacionalização do PE, contribuindo para a existência de fracassos plenos ou parciais, quando enfermeiras membros de equipes de enfermagem deixam de acreditar no PE, pois as circunstâncias determinadas pelos modelos ou padrões impedem seu pleno desenvolvimento;
- Toda a literatura sobre o PE refere-se à necessidade de se dispor de um referencial teórico para fundamentá-lo, seja um modelo conceitual, conceitos ou teorias. Entretanto, bem poucas experiências de implantação do PE em instituições de saúde exploram plenamente as possibilidades teóricas. Em geral, existe uma predileção pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas ou escolha pelas taxionomias das Classificações Internacionais das Práticas de Enfermagem. Em que pese a grande contribuição da primeira Teoria em dado momento histórico há a necessidade de explorar sua real contribuição nas realidades atuais de saúde. A escolha isolada pelas taxionomias das Classificações não exclui a adoção de aporte teórico, pois elas têm uso mais operacional muitas vezes num PE com etapas incompletas, principalmente quando existe suporte eletrônico da instituição. Portanto, o PE

praticado fica privado de um aporte epistemológico. E, conseqüentemente, ficam impossibilitados de escolher uma base teórica adequada às atividades desenvolvidas na prática assistencial. Estudos sobre outras possibilidades teóricas para fundamentar e se articular com experiências com o PE poderão inesperadamente mostrar-se bem mais produtivos. Porém, com a ausência de investigações empíricas para determinar as possibilidades de articulação teoria – PE, permanece-se sem dados consistentes e consolidados e, portanto, impossibilitados de escolha;

- Por último, mas não menos essencial, configura-se o problema da desarticulação entre membros da equipe de enfermagem nas atividades relativas ao PE na prática assistencial. Alguns poucos estudos têm apontado, ainda que timidamente, para a questão da falta de preparo na formação e no campo da prática de enfermagem dos outros membros da equipe, ou seja, técnicos e auxiliares de enfermagem. Ainda que não exista consenso entre os enfermeiros estudiosos do PE sobre quais os papéis que devam ser assumidos por cada membro da equipe de enfermagem, com a exceção do enfermeiro, parece ser imperioso explorar as possibilidades de preparo formal durante os cursos de formação do nível médio de ensino, bem como processos de capacitação para estes profissionais sobre o PE, para que possam estar realmente engajados em experiências de operacionalização do Processo de Enfermagem, contribuindo plenamente para seu sucesso ou fracasso, mas com consciência de sua participação.

Esta é uma possível agenda de pesquisas que poderiam fugir do *lugar comum* das investigações atualmente realizadas e com potencial para contribuir para uma abertura de novas explorações sobre o Processo de Enfermagem. Neste sentido, a tese agora encerrada faz uma proposta teórica ao trazer o conceito Processo de Enfermagem, que poderá ser a primeira contribuição no sentido de novas explorações científicas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ALBA, M. El método ALCESTE y su aplicación al estudio de las representaciones sociales de espacio urbano: El caso de la ciudad de México. **Papers on Social Representation**: Viena, v. 1, n. 13, p. 1.1-1.20, 2004.
- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. Regina Garcez (trad). 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico**, 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- ALMEIDA, M. A. Competências e o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n.3, p.279-83, maio/jun. 2004.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O Saber de Enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.128 p.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O Trabalho da Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.
- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p. 5-23, 1997.
- ALMEIDA, M. C. P. et al. Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 748-52, set./out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul. 2015.
- ALMEIDA, V. C. F.; LOPES; M. V. O; DAMASCENO, M. M. C. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 2, p. 202-210, mar./abr. 2005. Disponível em:<<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41454>>. Acesso em: 12 nov. 2012.
- ALVES, K., et al. Análise do conceito “protocolos de enfermagem” a partir da visão evolucionária de Rodgers. **Revista de Enfermagem da UFPE** [Online], Recife, v. 8, n. 1, p.177-182, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4680/8378>>. Acesso em: 18 jan. 2014.
- AMORIM, F.C.M. **O ensino do Processo de Enfermagem sob a ótica docente**. Terezina: UFPI, 2009. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2009.
- ANDRADE, J.S. **Ensino do processo de Enfermagem: produção do conhecimento da pós-graduação no Brasil de 2004 a 2009**. Ribeirão Preto: USP, 2013. 143 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem. Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto, 2013.
- ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L.; SANTOS, M. F. S. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, v.18, n.2, p. 89-98, maio/ago. 2006.
- ARREGUY-SENA, C. et al. Estratégias de implementação do processo de enfermagem para uma pessoa infectada pelo HIV. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 27-38, jan. 2001.

AZEVEDO, S. L. **Diagnósticos de Enfermagem como orientadores para o cuidar/cuidado do cliente portador De Diabetes Mellitus**, 2001. 208 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ, Rio de Janeiro, 2001.

AZEVEDO, D. M.; COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Uso do alceste na análise de dados qualitativos: contribuições na pesquisa em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPE** [Online], Recife, 7 (esp), p.5015-5022, jul., 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3297/pdf_3090>. Acesso em: 27 set. 2013.

AZEVEDO L.M.N. et.al. A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - RENE** [Online], Fortaleza, v 13, n.1, p, 64-73, jan./fev. 2012. Disponível em: < <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/18>>. Acesso em 25 ago. 2014.

BACHELARD, G. Epistemologia. 70. Ed. Lisboa: Portugal, 1971.

BACHION, M. M. Planejamento, implementação e avaliação da assistência de enfermagem. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM 3., 2002. Uberlândia, **Anais...** Uberlândia: UFU, 2002, p.41-49.

BACKES, D. S. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. **Acta Scientiarum Health Science**, Paraná, v. 27, n. 1, p. 25-29, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1433/802>> . Acesso em: 12 abr. 2013.

BARBOSA, P. M. K. et al. Análise da pratica do enfermeiro ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva. **Revista Nursing Brasil**, São Paulo, v. 12, n.144, p. 251-258, maio, 2010. Disponível em: < http://www.bib.unesc.net/arquivos/90000/94100/11_94149.htm?codBib=> , Aceso em 14 março 2015.

BARBOSA, P. M. K.; MARCACINE, K. O. Sistematização da assistência de enfermagem: uma contribuição para o processo de ensino-aprendizagem aos pacientes e familiares. **Revista Nursing Brasil**, São Paulo, v. 11, n. 128, p. 26-34, 2008.

BARRA, D. C. C.; et al. Evolução histórica e o impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Online], Goiás, v. 8, n. 3, p. 422-430, 2006. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_3/v8n3a13.htm>. Acesso em: 12 nov. 2012.

BARRETT, E. A. M. What is nursing science? **Nursing Science Quarterly**, v. 15, n. 1, p. 51-60, 2002.

BARROS, L. M. et al. Identificação dos diagnósticos de enfermagem da classe de respostas cardiovasculares / pulmonares em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Aquichan. Chía**, Colombia, v. 15, n. 2, p. 200-209, jun. 2015.

BARROS, A. L. B.L. et. al. Processo de enfermagem: guia para a prática. São Paulo: COREN-SP, 2015.118 p.

BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: M. W. Bauer e G. Gaskell (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Tradução Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: RJ: Vozes, 2002. p.189-217.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 11ª. ed. Tradução Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2011. 520 p.

BITENCOURT, J. V. O. V. **Padrões de prestação de cuidados de enfermagem: uma contribuição para a implementação do processo de enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ, Rio de Janeiro, 2007.

BORSATO, F. G. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 527-533, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 dez. 2015.

BRAGA, C. G.; SILVA, J. V. **Teorias de enfermagem**. São Paulo: Iátria, 2011.

BRANDALIZE, D.; ZAGONEL, I. Um marco conceitual para o cuidado ao familiar da criança com cardiopatia congênita à luz da teoria de Roy. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.11, fev. 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/7315/5246>>. Acesso em: 30 abr. 2012.

BRASIL. **Lei nº. 9.610**, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília [online], 20 fev. 1998. Disponível em: <http://www.dou.gov.br/materias/do1/do1legleg19980220180939_001.htm>. Acesso em 12 de janeiro de 2012.

_____. **Lei nº 7498**, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 26 jun. 1986. Seção 1; p.1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 26 maio 2012.

_____. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. COREN-SP. **Decisão COREN SP-DIR nº 008**, de 19 de outubro de 1999. Normatiza a implementação da sistematização da assistência de enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde, no Âmbito do Estado de São Paulo. [online] Disponível em: <<http://www.corensp.org.br/resolucoes/decisoes.html>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

_____. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3**, de 7 de novembro de 2001. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação de Enfermagem. Brasília: Diário Oficial da União, 9 nov. 2001_a. Seção 1, p.37. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne>>. Acesso em: 12 out. 2013.

_____. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO SECRETARIA DE ENSINO SUPERIOR. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. **Parecer CNE/CES, nº 583**, de 04 de abril de 2001_B. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. Relator: Éfrem de Aguiar Maranhão. Disponível na internet em: <<http://www.mec.gov.br/sesu/ftp/pareceres/58301orientacoes.doc>>. Acesso em: 12 out. 2013.

_____. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 272**, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Instituições de Saúde Brasileiras. Normatiza a sistematização da assistência de enfermagem como modelo assistencial privativo do enfermeiro nas Instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/matrias.asp?>>>. Acesso em: 23 out. 2012.

_____. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Rio Grande do Sul – COREN-RS. **Decisão COREN-RS nº 115**, de 30 de agosto de 2006. Normatiza no Estado do Rio Grande do Sul os princípios gerais para ações que constituem a documentação de Enfermagem no âmbito do Estado de Rio Grande do Sul. In: Legislação e Código de ética- Guia básico para o exercício

da Enfermagem. [online] Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2014.

_____. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, **Resolução COFEN nº 358**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Disponível em: <<http://site.portalfen.gov.br/node/4384>>. Acesso em: 26 maio 2012.

_____. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução do COFEN nº 266**, de 5 de outubro de 2011. Aprova atividades de enfermeiro auditor. Diário Oficial da União 5 out. 2011. Disponível em: <<http://site.portalfen.gov.br/node/4303>>. Acesso em: 06 jan. 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 21 mar.2013.

BRUSAMOLIN, L.; MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M. Use of the managerial abilities by nurses of a ready attendance hospital. **Revista de Enfermagem UFPE** [Online], Recife, v. 4, n. 2, p. 808-814, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/984/pdf_20>. Acesso em: 15 maio 2012.

CAMARGO, B. V. Alceste : Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: A. S. P. Moreira (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em Representações Sociais**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005. p.511-539.

CAMPEDELLI, M. C. (Org.). **Processo de Enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Ed. Átila, 1992.136 p.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem**. 13. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011. 792p.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Nursing diagnosis: Application to clinical practice**. 14. ed. Philadelphia: Lippincott-Williams & Wilkins, 2013.

CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. **Metodologias para a assistência de Enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. In: CARRARO, T. E. Da metodologia da assistência de Enfermagem: sua elaboração e implementação na prática. Goiânia: AB Editora, 2001. 184p.

CARRARO, T. E.; KLETEMBERG, D. F.; GONÇALVES, L. M. O ensino da metodologia da assistência de enfermagem no Paraná. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 499-501, set./out. 2003.

CARRIJO, A. R.; OGUISSO, T. Trajetória das Anotações de Enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n. especial, p. 454-458. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000700012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2013.

CARVALHO, V. Dos princípios e proposições da observação sistematizada na Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 24, n.5, p. 30-46, jul./set. 1971.

_____. Sobre constructos epistemológicos nas ciências – uma contribuição para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.1, n.4, p. 420-428, jul./ago. 2003.

CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Modelos, estruturas e teorias de Enfermagem: aplicação através do processo de enfermagem. In: GARCIA, T. R.; PAGLIUCA, L. M. F. (Org.) **A construção do conhecimento em Enfermagem: coletânea de trabalhos**. Fortaleza: RENE, p. 65-85, 1998.

CARVALHO, S. C. et al. Reflexo da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) na consulta de enfermagem. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, UNIGRANRIO: Rio de Janeiro. v.2, n.2, p.1-8, 2008. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rcs/article/viewFile/91/101>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

CASTILHO, N. C.; RIBEIRO, P. C.; CHIRELLI, M. Q. A. implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p.280-290, abr./jun. 2009.

CAVALCANTE, R.B. et al. Experiências de sistematização da assistência de enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico. **Revista da Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Maria, v.1, n.3, p.461-471, set./ dez. 2011. Disponível em: periodicos.ufsm.br/reufsm/article/download/2832/2396. Acesso em: 13 jan.2013.

CERVO, A. L. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002. cap. 3.

CHAVES, L.D.; SOLAI, C.A. SAE: **Sistematização da Assistência de Enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade**. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2013.

CHRISTOVAM, B. P. **Gerência do cuidado de enfermagem: a construção de um conceito**. 2009. 286 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro, 2009.

CIANCIARULLO, T.I. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 2005.

CIANCIARULLO, T. I. O desenvolvimento ao conhecimento na enfermagem: padrões de conhecimento e sua importância para o cuidar. In: CIANCIARULLO, T.I.; GUALDA, D. M. R. MELLEIRO, M. M. I. **Sistematização de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. 1. ed. São Paulo: Ícone, 2001. p.15-28.

CRUZ, D. A. L. M. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: CIANCIARULLO, T.I; et. al. **Organizadoras. Sistema de assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone 303p. il.,p. 63-84. 2001.

CRUZ, D. A. L. M. Processo de enfermagem e classificações. In: GAIDZINSKI, R R et al. **Diagnóstico de Enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, cap. 1, p.25-37. 2008.

CRUZ, D. A. L. M.;BRAGA, C. G. A taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnoses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.11, n.2, p.240-244, 2003.

CORONA, M. B. E. F.; CARVALHO, E. C. O significado do ensino do processo de enfermagem para o docente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p.929-936, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2149>>. Acesso em: 28 jan. 2012.

CUBAS, M. R; SILVA, S. H; ROSSO, M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Online], Goiás, v.12, n. 1, p. 186-194, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a23.htm>>. Acesso em: 29 dez. 2015.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II, 2008.

DE DOMENICO, E. B. L.; IDE, C. A. C. Referências para o ensino de competências na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n.4, p.453-457, ago. 2005.

DINIZ, S.; et al. Qualidade dos registros de enfermagem : reflexões analíticas em suas formas e conteúdos. **Revista de Enfermagem da UFPE** [Online], Recife, v.9, n.10, p. 9616-9623, out. 2015. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7642>>. Acesso em: 04 jan. 2016

DUARTE, A. P. P, ELLEN SOHN L. A. operacionalização do processo de enfermagem em terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v 15, n.4, p.521-526, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v15n4/v15n4a07.pdf>>. Acesso em: 23 fev 2012.

FERREIRA, F. K. et. al. Fatores que dificultam a implantação do processo de enfermagem na pratica profissional. **Revista Nursing Brasil**, São Paulo, v. 12, n. 138, p. 517-521, 2009.

FIGUEIREDO, P. P. et al. A não implementação do processo de enfermagem: reflexão apoiada nos conceitos de Deleuze e Guattari. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.23, n.4, p.1136-1144, out./dez. 2014. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01136.pdf. Acesso em: 23 fev.2012.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, A. S. et al. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. **Revista Mundo Saúde**, São Paulo, Ano: 29, v. 29, n. 2, p.161-169, abr./jun. 2005. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/29/05_Auditoria_indicadores.pdf. Acesso em dez. 2012.

FONTES, R. C. S. **Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva em um hospital público do município de Ilhéus – Bahia**. 2001. 108 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Intensiva profissional) - Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva– SOBRATI, Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva, Bahia, 2001.

FRANÇOLIN, L. et. al. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 79-83, jan./mar. 2012.

FURTADO, L. G.; MEDEIROS, A. C. T.; NÓBREGA, M. M. L. Subconjunto terminológico da classificação internacional para a prática de enfermagem: revisão integrativa. **Online Brazilian Journal of Nursing** [Online], Niteroi, v. 12, n.1, p. 178-193, mar.,2013. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3932>>. Acesso em: 02 Out. 2014.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. IN: 52º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, apresentado na mesa redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”, Recife, 2000. **Anais eletrônicos...** Pernambuco, 2000. Disponível em: <<http://www.virtual.unifesp.br/cursos/enfnfro/restrito/download/sistematizacaodaassistencia.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2014.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I. et al. (Org.). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. São Paulo, 2004, v. 2, p. 37-63.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermeiras. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22 (Especial - 70 Anos), p. 875-879, 2009.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Teorias de Enfermagem. In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. **Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artemed, 2010. cap. 1, p.31-40.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. A Participação Terminologia CIPE® e a do Centro CIPE® brasileiro em Seu Desenvolvimento e disseminação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. Esp. p.142-150, set. 2013. Disponível a partir <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 de Out 2015.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Tradução: Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

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

GORDON, M. **Nursing Diagnosis: process and application**. 3. ed. St Louis: Mosby, 1994.419 p.

GROSSI, A. C. M. et. al., Sistematização da assistência de enfermagem: percepções de enfermeiras. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.10, n. 2, p 226-232, abr./ jun.. 2011.

GUIMARÃES, E. M. P.; GODOY, S. C. B. Educação permanente: uso das tecnologias de informação e comunicação como ferramenta para capacitação profissional. [Editorial]. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 9, jan./mar., 2009.

HENDERSON, V. Basic principles of nursing care. London: International Council of Nurses. 1961.

HERDMAN, T. H. Processo de enfermagem: um momento para lembrar seu propósito. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [Online]. Fortaleza, v.14, n.3, p.458-459, 2013. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522013000300001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 jan.2014.

HERDMAN, T. H. Qual é o conhecimento de enfermagem necessário para desenvolver a prática de enfermagem? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [Online], Goiânia, v. 13, n. 2, p. 159-164, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/14773>>. Acesso em: 16 Abr. 2014.

HESSEN, J. **Teoria do conhecimento**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes,2003.

HICKMAN, J. S. Introdução à teoria da enfermagem. In: GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Trad. Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

HORTA, W. A. Considerações sobre o diagnóstico de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 7-13, jan. / fev. 1967.

- HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. 2. ed. São Paulo: E.P.U, 1979. 27p.
- HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001, p. 2.697.
- HOFFELDER, G. K.; VICENSI, M. C.. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem como instrumento do cuidado humano. **Revista Unoesc & Ciência** - ACBS, Joaçaba, v. 5, n. 2, p. 135-142, jul./dez., 2014.
- HUPCEY, J. E, et.al. Wilsonian methods of concept analysis: A critique. **Research and Theory for Nursing Practice**, v. 10, n. 3, p 185-210. 1996. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9009818>>. Acesso em 12 abr. 2011.
- KAUARK, F.; MANHAES, F. C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da pesquisa: guia prático**. Itabuna: Via Litterarum, Bahia, 2010. 88p.
- KLETEMBERG, D F. **A metodologia da assistência de enfermagem no Brasil: uma visão histórica**. 2004. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.
- KRONBERGER N, WAGNER W. Palavras-chave em contexto: análise estatística de texto. In: Bauer MW, Gaskell G, organizadores. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 416-38.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN)- **International Classification for Nursing Practice** - Beta. Geneva, Switzerland: ICN, 1999, 195p.
- IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993_a.
- IYER, P.W.; TAPTICH, B.J; BERNOCCHI-LOSEY, D.**Teorias de Enfermagem**. Trad. Regina M. Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993_b. 325p.
- JAPIASSU, H. F. **Introdução ao pensamento epistemológico**. São Paulo: Record, 1992_a
- JAPIASSU, H. O que é epistemologia. In. JAPIASSU, H. **Introdução ao pensamento epistemológico**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992_b. p. 23-39
- JESUS, C. A. C. Sistematização da assistência de enfermagem: evolução história e situação atual. In: FORÚM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3., 2002, Uberlândia. **Anais...** Uberlândia: UFU, 2002. p. 14-20.
- LAHM, J. V.; CARVALHO, D. R..Prontuário eletrônico do paciente: avaliação de usabilidade pela equipe de enfermagem. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.20, n. 1, p. 38-44, jan./ mar. 2015.
- LEOPARDI, M. T. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: NFR/UFSC/Ed. Papa Livros, 1999.
- LIMA, A. P. S. **Avaliação da assistência de enfermagem através de indicadores gerados por um software**. 2014. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.
- LIMA, A.P.S.; CHIANCA, T.C.M.; TANNURE, M.C. Avaliação da assistência de enfermagem utilizando indicadores gerados por um software. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.23, n.2, p.234-241, mar./abr. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/pt_0104-1169-rlae-23-02-00234.pdf. Acesso em: 22 jun.2015.
- LIMA, L. C. Programa Alceste, primeira lição: a perspectiva pragmatista e o método estatístico. **Revista de Educação Pública**, Cuiabá, v. 17, n. 33, p.83-97, jan./abr. 2008.

- LIMA, L M; SANTOS, S. R. Protótipo de um software para registro de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Aquichan**, Colômbia, v.15, n.1, p: 31-43, mar., 2015.
- LIMA, M. J. **O que é enfermagem?**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. 94 p.
- LINO, A. I. A. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem no atendimento de indivíduos com estomas gastrointestinais: aplicando o processo de enfermagem**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, BRASÍLIA, 2014.
- LIRA, A. L. B. C.; LOPES, M. V. O. Clareza do processo de enfermagem proposto por Roy à luz do modelo de Barnum. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, jan./mar., p.104-107, 2010.
- LOPES, M. S. V. et al. Análise do conceito de promoção da saúde. **Revista Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.19; n.3, p. 461-468, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a07v19n3.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2012.
- MALUCELLI, A. et. al. Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.4, p.629-636, jul./ago. 2010.
- MARIA, V. L. R.; ARCURI, E. A. M. O ensino e a prática do diagnóstico de enfermagem em uma instituição governamental. In: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 1., 1991, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 1991. p. 6-45.
- MARQUES, S. C. **As práticas educativas para a prevenção do HIV/AIDS a voz das usuárias da rede básica de saúde no Município do Rio de Janeiro**. 2006. 326 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ, Rio de Janeiro, 2006.
- MATTÉ, V. M. et. al. A opinião dos enfermeiros quanto a aplicabilidade do processo de enfermagem em unidade de tratamento intensivo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.22, n.1, p.101-121, jan. 2001.
- MATSUDA, L. M.; et. al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Online], Goiás, v. 08, n. 03, p. 415-421, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm>. Acesso em: 01 Nov. 2012.
- MAZIERO, V. G. et. al. Qualidade dos registros dos controles de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Mineira de Enfermagem** [Online], Minas Gerais, v. 17, n. 1, p. 165-170, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/587>>. Acesso em: 23 dez. 2014.
- MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para Enfermagem**. Tradução: Ana Maria Thorell. 2. ed., Porto Alegre: Artmed, 2009.
- MEIER, M. J. **Tecnologia em Enfermagem: desenvolvimento de um conceito**. 2004. 216 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. UFSC, 2004.
- MELEIS, A. I. **Theoretical Nursing: development & progress**. 6. ed. Philadelphia- USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- MENDONÇA, N. D. **O uso dos conceitos: Uma questão de interdisciplinaridade**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MENEGHETE, M. C. **Percepções de enfermeiros sobre influências da sua formação inicial na implementação da sistematização da assistência de enfermagem em contexto hospitalar.** 2007. 141 f. Dissertação (Mestre em Educação). Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, Programa de Pós-Graduação em Educação nas Ciências, Rio Grande do Sul, 2007.

MENESES, L. B. A., et.al. Prontuário do paciente: qualidade dos registros na perspectiva da equipe multiprofissional. **Revista de enfermagem da UFPE** [Online], Recife, v.9, n.10, p 9485-9491, jul. 2015. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8099>>. Acesso em: 04 Jan. 2016.

MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, ago. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008. 407 p.

MORAIS, R. Q. Na prática docente a teoria se desmancha no ar: a resistência a teoria no espaço-escolar. **Revista Educação da UFSM - REUFSM.** Rio Grande do Sul, v. 29, n. 1, p. 37-47, 2004.

MOORHEAD, S. et. al. **NOC: classificação dos resultados de enfermagem.** [trad.: Regina Machado Gracez, et.al.] 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

NECO, K. K. S.; COSTA, R. A.; FEIJÃO, A. R. Sistematização da assistência de enfermagem em instituições de saúde no Brasil: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE** [Online], Recife, v. 9, n.1, p.193-200, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6602/11221>>. Acesso em: 10 jan.2015.

NERY, I. S.; SANTOS, A. G.; SAMPAIO, M. R. F. B. Dificuldades para a implantação sistematização da assistência de enfermagem em maternidades. **Revista Enfermagem em Foco**, Brasília v. 4, n. 1, p. 11-14, fev. 2013. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/494>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

NANDA. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnóstico de enfermagem: definições e classificação,** 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013. 576 p.

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, dez. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18082812006000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2013.

NASCIMENTO, L. K. A. S, et. al. Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.33, n. 1, p.177-185, mar., 2012.

NASCIMENTO, K.C, et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**; São Paulo, v.42, n.4, p. 643-48, dez., 2008.

NIGHTINGALE, F. **Notas de Enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez; Ribeirão Preto – SP: ABEN / CEPEn, 1989. 174 p.

NÓBREGA, M. M. L., et. al. Terminologias de enfermagem: da taxonomia da NANDA à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPE** [online], Ceará, v 2, n. 4, p. 454-461, out./dez. 2008.

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: instrumental tecnológico para a prática profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], Brasília, v. 62, n. 5, p. 758-761, out. 2009. Disponível a partir <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 de out 2014.

NOBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R.; COLER, M. S. Centro CIPE® do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.61, n. 6, nov./dez., p.889-891, 2008.

NOBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. **Fundamentos do cuidar em Enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: ABEn, 2009. 232 p.

NOBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Sistemas de Classificação na Enfermagem: avanços e perspectivas. In: GARCIA, T. R.; NOBREGA, M. M. L. (Org.). **Sistemas de Classificação em Enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa: Ideias, 2000. Série Didática: Enfermagem no SUS.

NOGUEIRA, L. G. F.; NÓBREGA, M. M. L. Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas com diabetes na atenção especializada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.49, n.1, p.54-60. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0054.pdf>. Acesso em 02 dez 2015

OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T.; MARQUES, S. C. Análise estatística de dados textuais na pesquisa das Representações Sociais: alguns princípios e uma aplicação ao campo da saúde. In: Menin, M. S. S.; Shimizu, A. M. (Orgs.). **Experiência e Representação Social: questões teóricas e metodológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 157-200, 2005.

OLIVEIRA, N. B.; PERES, H. H. C. Avaliação do desempenho funcional e na qualidade técnica de um Sistema de Documentação Eletrônica do Processo de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.23, n.2, mar./ abr., p. 242-249, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015005022548&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2014.

OLIVEIRA, D. ; TOLEDO, L. J. **Auditoria em enfermagem e qualidade da assistência à saúde: uma revisão de literatura**. 2015. Monografia. Curso de Enfermagem da Universidade São Francisco. São Paulo. 2015.

OLIVEIRA, L. M. S.; PAULINO, S. R. R.; SANTOS, D. P. M. A. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Dificuldades de Implantação da SAE em Instituições Hospitalares dos Municípios de Goiânia-GO e Trindade - GO. **Anais... III Seminário de Pesquisas e TCC da FUG**, I semestre, 2012.

OLIVEIRA, M. L.; PAULA, T. R.; FREITAS, J. B. Evolução histórica da assistência de enfermagem. **Revista ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 1, p.127-136, 2007.

OLIVEIRA, P. S. et. al. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**

[Online], Goiás, v.11, n.2, p.184-191, 2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/original_05.htm>. Acesso em: 26 jan. 2012.

OLIVEIRA, R.S.; et al. Reflexões sobre as bases científicas e fundamentação legal para aplicação da sistematização do cuidado de enfermagem. **Revista UNIABEU**, Belford Roxo, v.8, n.20, set./dez., p. 350-362, 2015. Disponível em: <<http://www./users/maria%20Am%C3%A1lia/Downloads/1912-7926-1-pb.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2015.

PADILHA, M. I. C. S.; VAGHETTI, H.; BRODERSEN, G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 292- 300, 2006.

PAIM, L. **Problemas, prescrições e planos: um estilo de assistência de Enfermagem**. Caderno Científico da Associação Brasileira de Enfermagem, Brasília, n.1, 1986.

PALOMARES, M.L.E; MARQUES, J.R. Contribuição dos sistemas computacionais na implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **J. Health Inform.**, v. 2, n.3, p. 78-82, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/download/94/34>>. Acesso em 28 dez 2015.

PEDROSA, K. K. A.; SOUZA, M. F. G.; MONTEIRO, A. I. O enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de ensino. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - RENE** [Online], Fortaleza, v.12, n.3, p. 568-573, set, 2011. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522011000300017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2012

PEREIRA, F. C. C, et. al. Sistematização da assistência de enfermagem como diferencial no cuidado In: 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2009, Fortaleza. **Anais eletrônicos...** Fortaleza, p. 5690-5696. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01720.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2012.

PEREIRA, T. P., et al. Desafios da implementação da assistência de enfermagem no âmbito nacional: um estudo bibliométrico. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.01-12, 2016. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/viewFile/2563/1500>> . Acesso em 07 jan 2016

PERES, H. H. C. et al. Desenvolvimento de Sistema Eletrônico de Documentação Clínica de Enfermagem estruturada em diagnósticos, resultados e intervenções. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, (Esp.), p. 1149-1155, 2009.

PESUT, D. J.; HERMAN, J. A. **Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking**. Albany (NY): Delmar, 1999.

PFEILSTICKER, D. C.; CADÊ, N. V. Classificação internacional para a prática de enfermagem: significados atribuídos por docentes e graduandos de enfermagem. **Revista de Enfermagem - UERJ** [Online]. Rio de Janeiro, vol.16, n. 2, p. 236-242, abr.,2008. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522008000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 16 dez. 2012.

PIRES, D. A enfermagem enquanto: disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.5, p.739-744, set./out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf>. Acesso em: 22 jun.2013.

POMBO-DE-BARROS, C. F. Análise textual com o Programa ALCEST: uma aplicação em pesquisa de representações sociais no campo da política. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W.

F. **Caminhos para análise das políticas de saúde** [Online]. 2011. p. 275-278. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps>>. Acesso em: 26 out. 2013.

PORTO, I. S. **História da Experiência de Mudança Curricular na Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery: 1976 a 1982**. 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro, 1997.

_____. O cuidado de enfermagem hospitalar: uma validação em cenários hospitalares. Projeto Integrado de pesquisa. **Projeto Integrado de Pesquisa**, CNPq, Rio de Janeiro, 2008 [impresso].

_____. O cuidado de enfermagem hospitalar: um processo de validação de conceitos Projeto Integrado de pesquisa. **Projeto Integrado de Pesquisa**, CNPq, Rio de Janeiro, 2009a [impresso].

_____. Programa de pesquisa para validação de esquema de conhecimento e conceitos do cuidado de enfermagem hospitalar. Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 15, 2009, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEN, 2009b. p. 795-797.

_____. Abordagem mista para os conceitos de elementos de cuidado de enfermagem hospitalar: suas elaboração e validação. **Projeto Integrado de pesquisa**, CNPq, Rio de Janeiro, 2014 [impresso]. .Apresentado para a concessão de Bolsa de Produtividade em Pesquisa / CNPq - período de 03/2015 a 02/2018 [impresso].

_____; FIGUEIREDO, N. M. A. O Cuidado de clientes Cirúrgicos: aspectos evolutivos e reflexões para avanços na Enfermagem. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.3, n.3, p. 52-62, dez.1999.

PORTO, I. S. et. al. Teoria geral do conhecimento vs. esquema da ação do cuidado de enfermagem hospitalar: implicações para construção do saber. Congresso Brasileiro de Enfermagem, 61, Fortaleza - CE. **Anais...** Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem - Seção CE, 2009.

POSSARI, J. F. **Prontuário do Paciente e os Registros de Enfermagem**. 2. ed. São Paulo: látria, 2008.

PÜSCHEL, V. A. A.; IDE, V. A. C. As mudanças na Enfermagem: a representação de enfermeiras acerca das mobilizações institucionais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.36, n.2, p.164-169, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n2/v36n2a08.pdf>. Acesso em: 12 ago.2012.

QUERIDO, D. et al. Qualidade dos registros de enfermagem em uma Maternidade Escola: um estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 14, p. 437-439, dez., 2015. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5366>>. Acesso em: 02 mar. 2014.

RAIMONDO, M. L. et al. Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p.529-534, jun.,2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 nov. 2012.

REDA, E.; PENICHE, A. C. G. Instrumento de registro utilizado na avaliação do paciente em sala de recuperação pós-anestésica: importância na continuidade da assistência. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 24-31, 2008.

REINERT, M. **Manuel d'utilisation ALCESTE** (Version 4.7 pour Windows). Toulouse: Societé IMAGE; 1986.

_____. Alceste, une methodologie d'analyse des donnees textuelles et une application:Aurelia de Gerard de Nerval. **Bulletin de Methodologie Sociologique**, Paris, n. 26, p.24-54, 1990.

_____. **Manuel d'utilisation du logiciel Alceste**. France. Toulouse: Societé IIMAGE; 1992

_____. Les mondes lexicaux et leur logique a travers l'analyse statistique d'un corpus de recits de cauchemars. **Langage & Societe**, Paris, n. 66, p. 5-39, 1993.

_____. **Alceste. Version 4.0 pour Windows**, Manual. Toulouse: Societé IMAGE, 1998

_____. Alceste: une méthode statistique et sémiotique d'analyse de discours; Application aux. Rêveries du promeneur solitaire. **La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale**, Paris, v.5, n.39, p.32-36, 2001.

_____. Le role de la repetition dans la representation du sens et son approche statistique par la methode: ALCESTE. **Semiótica**, Berlin, NY, n. 147, p. 389-420, nov.2003.

REPPETTO, M. A. **Avaliação da Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE- em um Hospital Universitário**. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP-EPM, São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2014.

REZENDE, P. O; GAIZINSKI, R. R. Tempo despendido no Sistema de Assistência de Enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p.152-159, mar.,2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2013.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. Reimpressa, São Paulo: Atlas, 2012. 334 p.

RIBEIRO, L. C. M. Exercício Profissional: Anotações de enfermagem: quem deve fazer, por quê e quando? **Informativo COREN** - Goiás. Ano 7, v. 20, p.7-9, maio. 2015. Disponível em: <http://www.corengo.org.br/informativo-no-20_5583.html>. Acesso em: 03 jan. 2015.

ROCHA, J. S. Y. Acerca do saber e da prática de enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 297-303, jul. / set. 1986.

RODRIGUES, I. G. **Cuidados paliativos – análise de conceito**. 2004. 231 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo: São Paulo, 2004.

RODRIGUES, P. et al. Proposta para a sistematização da assistência de enfermagem em UTI: o caminho percorrido. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 11, n. 2, p. 161-167, abr. / jun., 2007.

RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, C. et al. Significado que le Atribuye Enfermería al Proceso Enfermero en su Experiencia de la Praxis. **Desarrollo Científ. Enferm.** v.16, n.10, p. 434-437, nov. / dez., 2008. Disponível em: < <http://www.index-f.com/dce/16/16-434.php>>. Acesso em: 11 mar. 2012.

ROJAHN, D. et al. Comunicação efetiva em registros de enfermagem: uma prática assistencial. **Revista Uningá review**. [Online], Paraná, v.19, n.2, p. 09-13, jun. / ago., 2014. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140801_093407.pdf>. Acesso em: 23 set. 2014.

ROQUE, K. E.; MELO, E .C. P.; TONINI, T. Pós-operatório de transplante renal: avaliando o cuidado e o registro do cuidado de enfermagem. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 409-416, 2007.

ROSSI, L. A.; DALRI, M. C. B. Processo de enfermagem numa unidade de queimados: análise e proposta de reformulação segundo o modelo conceitual de Horta e Taxonomia I dos diagnósticos de enfermagem da NANDA. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 328-358, dez.,1993.

SAQUETTO, T. C.; CARNEIRO, T.C. Inovação tecnológica: uma análise da publicação científica sobre o tema de 2001 a 2010. In: VII CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 2011, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos...** Rio de Janeiro: 2011, p.1-20. Disponível em: <http://www.excelenciaemgestao.org/Portals/2/documents/cneg7/anais/T11_0441_1878.pdf>.

Acesso em: 02 out. 2011.

SALLES, E. B.; BARREIRA, I. A. Formação da comunidade científica de enfermagem no Brasil. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p.137-46, jan. / mar., 2010.

SALOMÃO, G. S. M.; AZEVEDO, R. C. S. Produção bibliográfica sobre o processo de enfermagem. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.5, p.691-695, set./ out., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000500015&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 out. 2013.

SAMPAIO, R. S.; et. al. A classificação das intervenções de enfermagem na prática clínica de enfermeiros brasileiros. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p.120-126, 2011.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet], Brasília, v.60, n.2, p. 221-224, mar./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000200018&script=sci_arttext> . Acesso em: 12 nov. 2012.

SANTOS, A. S. R. et al. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 141-149, mar., 2008.

SANTOS, I. et al. **Enfermagem fundamental: realidade, questões e soluções**. v. 1. São Paulo: Atheneu, 2002.

SANTOS, L. R. S. et al. Avaliação dos registros de enfermagem de um hospital de ensino. In: VIII Fórum Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão (FEPEG) da Universidade Estadual de Montes Claros. **Anais eletrônicos...** 2014. Disponível em: <<http://www.fepeg2014.unimontes.br>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

SANTOS, et.al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **Journal of Management and Primary Health Care - JMPHC**, América do Norte, v.5, n.2, p.153-158, jul., 2014. Disponível em: <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/197/144>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

SCHWENGBER, A. I. **Processo de Enfermagem: instrumento para a enfermeira administrar o trabalho e liderar a equipe de enfermagem**. 2008. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande - UFRG, Rio Grande, 2008.

SHIOTSU, C. H. Facilidades na utilização dos diagnósticos de enfermagem. In: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 1., 1991, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 1991. p. 65-82.

- SILVA, A. G. I. **Ensinando e cuidando com o processo diagnóstico em Enfermagem**. 1. ed. João Pessoa: Ed. Smith, 2001. 107p.
- SILVA, A. F.; NÓBREGA M. M. L.; SOUTO, C. M. R. M. Instrumento para documentação de processo de enfermagem no período pós-parto. **Revista Ciências, Cuidados e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p. 1385-1393, jul./set; 2015.
- SILVA, A. F.; OLIVEIRA, J. S. Processo de Enfermagem: desafios para operacionalização. In: X Encontro de Extensão/ XI Encontro de Iniciação a Docência, 2008, João Pessoa. **Anais...** Catálogo de Resumos. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2008.
- SILVA, D. C. N.; RIBEIRO, A. A.; FABRÍCIO, S. C. C. Produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem a idosos. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v. 15, n.3, p. 406-410, jul./set. 2007.
- SILVA, D. T.; GOULART, N. S.; AMADO, K. C. Registros de enfermagem com ênfase na segurança do paciente. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v.8, n. 2, Edição especial, dez. 2014. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rccs/article/viewFile/2376/1157>. Acesso em 2 nov.. 2015
- SILVA, F. R. et al. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades e potencialidades. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 2, p. 580-590, ago./dez. 2014.
- SILVA, K. L.; ÉVORA, Y. D. M; CINTRA, C. S. J. Desenvolvimento de software para apoiar a tomada de decisão na seleção de diagnósticos e intervenções de enfermagem para crianças e adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v.23, n.5, p. 927-935, set./out. 2015. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em 23 dez 2015.
- SILVA, M.; VANNUCHI, M.T.O.; GVOZD, R.A sistematização da assistência de enfermagem na prática do enfermeiro. In: X Encontro Nacional de Gerenciamento em Enfermagem Visão 2020: Enfermeiro: O elo principal na Gestão da Saúde, da reflexão à ação. 2015, Sergipe. **Anais eletrônicos...** Aracaju: SOBLAGEN, 2015. Disponível em: <http://sobragen.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=152&Itemid=53>. Acesso em : 4 jan.2016.
- SILVA, N. P.; AREIAS, M. A. Questões éticas das anotações de enfermagem: revisão de literatura 1996-2009 [resumo]. In: 12o Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem. 2009. Set; Belo Horizonte. **Anais...** CBCENFs. Belo Horizonte: COFEN; 2009. Disponível em: <<http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/anais.php?evt=3&sec=10&niv=7.3&mod=1&on=1472>>. Acesso em: 27 mar. 2012.
- SILVA, R. S. et al. Termos da CIPE® empregados pela equipe de enfermagem na assistência à pessoa em cuidados paliativos. **Revista Eletrônica Enfermagem**. [Online]. Goiás, v. 17, n. 2, p. 269-772. abr./jun. 2015. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v17/n2/pdf/v17n2a11.pdf> Acesso em: 27 jul. 2015.
- SILVA, S. J. Auditoria em saúde: um novo paradigma na qualidade da assistência de Enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Piauí, v. 4, n. 2, p. 30-34, abr./jun. 2015.
- SOARES, M. I, et al. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.19, n. 1, p. 47-53, jan./mar.2015.
- SOUZA, A. K. D.; SANTOS, S. R. Registro de informações em enfermagem na concepção de enfermeiros. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 3, set. 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/16184>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

- SPERANDIO, D. J.; ÉVORA, Y. D. M. Planejamento da assistência de enfermagem: Proposta de um software-protótipo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n. 6, p. 937-943, nov./dez. 2005.
- STANTON, M.; PAUL C.; REEVES, L. S. Um resumo do processo de enfermagem. In: GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Cap. 2, p. 24-37.
- STEIN, E. **Epistemologia e crítica da modernidade**. 3 ed. Ijuí: UNIJUÍ, 2001. 107 p.
- TAKAHASHI, A. A. et al. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 32-38, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2014.
- TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P.; CARVALHO, D. V. O processo de enfermagem. In: TANNURE, M. C. e GONÇALVES, A. M. P. **SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. cap. 2, p.17-19.
- TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. **SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. 2. ed. (Reimpr.)- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 312 p.
- TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 298 p.
- THOFEHRN, M. B. et. al. O processo de enfermagem no cotidiano de acadêmicos de Enfermagem e enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n.1, p.69-79, jan.1999.
- TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artemed, 2007. 912 p.
- TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.
- TRIGUEIRO, E. V. et al. Perfil e posicionamento do enfermeiro gerente quanto ao processo de enfermagem. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v 18, n 2, p. 343-49. Abr./jun. 2014.
- VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p.106-113, jan./fev. 2011.
- VENDRAMINI, S. H. F. et al. Tuberculose no idoso: análise do conceito. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online], São Paulo, v. 11, n.1, p. 96-103, jan/fev. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16565.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2013.
- VENTURINI, D. A, MATSUDA, L. M, WAIDMAN, M. A. P. Produção científica brasileira sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde** [online], Maringá, v. 8, n. 4, p. 707-715, out. /dez. 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9710/5408>>. Acesso em: 17 ago. 2013.
- VIANNA, A. E. **Auditoria em Enfermagem: uma análise dos registros**. 2009. 50f (Monografia – Especialização em Auditoria em Saúde). Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas- FACISA, Pelotas: RS, 2009.

VITORIA REGIS, L. F. L. **Satisfação no trabalho da Enfermagem: pela construção de um conceito**. 2011. 177 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro, 2011.

WALDRIGUES, M. C. et al. Complicações da hipotermia terapêutica: diagnósticos e intervenções de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental**, [online], Rio de Janeiro, v 6, n4: p1666-1676, out./dez. 2014.

WALKER, L.O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in Nursing**. 4. ed. New Jersey: Pearson - Prentice Hall, 2005. 227 p.

APÊNDICES

APÊNDICE 1. LISTA DAS PRODUÇÕES DA AMOSTRA LITERÁRIA UTILIZADAS NO CORPUS DO ALCESTE:

Texto 01. ROSSI, L. A.; CASAGRANDE, L. D. R. O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico. Revista Latino Americana de Enfermagem [online], Ribeirão Preto, v.9, n.5, set. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2012.

Texto 02. OCHOA-VIGO, K.; et al . Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online], São Paulo, v. 35, n. 4, dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2014.

Texto 03. CRUZ, I.C.F. The implementation of the nursing process methodology: problems and perspectives. Online Brazilian Journal of Nursing [online], Niteroi, v.1, n.1, 2002. Disponível em: <www.uff.br/nepae/objn101cruz.htm>. Acesso em: 20 jan. 2013.

Texto 04. OCHOA-VIGO, K.; PACE, A. E.; SANTOS, C. B. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online], Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, mar. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2012.

Texto 05. HERMIDA, P. M. V. Desvelando a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem [online], Brasília, v. 57, n. 6, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 maio 2012.

Texto 06. CUNHA, S. M. B.; BARROS, A.L.B.L. Análise da Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. Revista Brasileira de Enfermagem [online], Brasília, v.58, n.5, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000500013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2013.

Texto 07. ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. Revista Brasileira de Enfermagem [online], Brasília, v. 58, n. 3, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2013.

Texto 08. BACKES, D. S.; SCHWARTZ, E. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. Ciência, Cuidado e Saúde [online], Maringá, v.4, n.2, p.182-188, maio/ago. 2005. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5247>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

Texto 09. REPPETTO, M. A.; SOUZA, M. F. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem, (SAE) em um hospital universitário. Revista Brasileira de Enfermagem [online], Brasília, v. 58, n. 3, p. 325- 329, maio /jun. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a14v58n3.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2012.

Texto 10. CORONA, M. B. E. O significado do ensino do processo de enfermagem para o docente. 2004. 190 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade de São Paulo: - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06052005-100508/pt-br.php>>. Acesso em: 30 fev. 2012.

Texto 11. TAKAHASHI, A. A. Sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades e facilidades encontradas pelas enfermeiras do Hospital São Paulo para a execução do processo de enfermagem, 2006. 186f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil: São Paulo. 2006. Disponível em: <<http://www.biblioteca.unifesp.br/biblioteca/index.php>> Acesso em: 18 abr. 2012.

Texto 12. FOSCHIERA, F.; VIERA, C. S. Utilização do processo de enfermagem por enfermeiros docentes e assistenciais, Revista Varia Scientia [online], Paraná, v. 6, n. 11, p. 163-176, jul. 2006. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/variascientia/article/view/715>>. Acesso em: 16 abr. 2013.

Texto 13. LONGARAY, V. K.; ALMEIDA, M. A.; CEZARO, P. Processo de enfermagem: reflexões de auxiliares e técnicos. Texto & contexto Enfermagem[online], Florianópolis, v.17, n.1, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2013.

Texto 14. CARVALHO, E. C. et al . Relações e entre a coleta de dados, diagnósticos e prescrições de enfermagem a pacientes adultos de uma unidade de terapia intensiva. Revista Latino-Americana de Enfermagem[online], Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2014.

Texto 15. BACKES, D. S. et al. Sistematização da assistência de enfermagem como fenômeno interativo e multidimensional. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online], Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000600007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2014.

Texto 16. ALVES, A. R.; LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online], São Paulo, v. 42, n. 4, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2014.

Texto 17. SETZ, V. G; DINNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Revista Acta Paulista da Enfermagem [online], São Paulo, V. 22, n. 3, P. 313-7. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a12v22n3.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2012

Texto 18. AZEREDO, L.G.; et al. Aspects concerning the implementation of the nursing care systematization: descriptive study. Online Brazilian Journal of Nursing [Online], Niteroi, v. 8, n.2, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2392>>. Acesso em: 16 out. 2012.

Texto 19. NOBREGA, M. M; GARCIA, T. R. O que significa sistematizar a assistência de enfermagem? Revista Eletrônica de Enfermagem [online], Goiás, v. 11, n. 2, p. 233, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a01.htm>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Texto 20. CARVALHO, E. C; BACHION, M. M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. Revista

Eletrônica de Enfermagem [online], Goiás, v. 11, n. 3, p. 466, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a01.htm>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Texto 21. GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: há acordo sobre o conceito? Revista Eletrônica de Enfermagem [online], v. 11, n. 2, p. 233. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a01.htm>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Texto 22. VENTURINI, D. A. O conhecimento sobre a sistematização da assistência de enfermagem entre os anos de 1980 e 2005: subsídios para a qualidade do cuidado. Maringá: UEM, 128p. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Paraná, 2007. Disponível em: <<http://nou-rau.uem.br/nou-rau/document/?code=vtls000164983>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

Texto 23. POKORSKI, S.; et al. Processo de enfermagem: da literatura à prática. O quê de fato nós estamos fazendo? Revista Latino-Americana de Enfermagem [online], Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2013.

Texto 24. GARCIA, T. R.; NOBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Revista de Enfermagem Escola Anna Nery [online], Rio de Janeiro, v.13, n.1, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2013.

Texto 25. AZEREDO, L. et al. Nurses and implementation of the Nursing Process: descriptive study. Online Brazilian Journal of Nursing [online], Niteroi, v.9, n.1, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2933>>. Acesso em: 16 ago. 2013.

Texto 26. PIMPÃO, F. D. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. Revista de Enfermagem UERJ [online], Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 405-10, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a12.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2012.

Texto 27. MEDEIROS, A. L.; ABRANTES, R. M.; SANTOS, S. R. Sistematização da assistência de enfermagem como um processo de trabalho da enfermagem: uma reflexão crítica. Revista de Enfermagem UFPE [online], Recife (PE), v.4, n.3, p. 1571-576, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/998/pdf_157>. Acesso em: 19 mar. 2012.

Texto 28. NEVES, R. S. Análise do processo de implementação da sistematização da assistência de enfermagem: um estudo de caso. 2010. 295 f., il. 2010. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2010. Disponível em: <http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/analise-do-processo-implementa%C3%A7%C3%A3o-da-sistematiza%C3%A7%C3%A3o-da-assist%C3%A2ncia-enfermagem-%E2%80%93/id/52913469.html>. Acesso em 21 mar. 2012.

Texto 29. VASCONCELOS, C. et.al. Nurses' knowledge about systematization of nursing assistance. Journal of Nursing UFPE [online], Recife, v. 5, n. 12, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1137>>. Acesso em 21 mar. 2012.

Texto 30. MENEZES, S. R. T. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem, 2009. 124 f. Dissertação (Mestrado em Bioética).

Centro Universitário São Camilo, São Paulo. 2009. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp108855.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2012.

Texto 31. KRAUZER, I. M. Sistematização da Assistência de Enfermagem: um instrumento de trabalho em debate, 2009. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2009. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp123907.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2013.

Texto 32. SILVA, E. G. C. et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online], São Paulo, v. 45, n. 6, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2012.

Texto 33. SANTOS, F. O. F.; MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M. Autonomia profissional e sistematização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros. Revista Mineira de Enfermagem [online]; Minas Gerais, v. 16, n. 2, p. 251-257, abr./Jun. 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/sumario/39>>. Acesso em: 16 ago. 2013.

Texto 34. BARRAL; L. N. M., et al. Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um Hospital de Ensino. Revista Mineira de Enfermagem [online], Minas Gerais, v. 16, n. 2, p. 188-193, abr./Jun. 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/518>>. Acesso em: 16 ago. 2013.

Texto 35. FRANCO, M. T. G.; AKEMI, E. N.; D'INOCENTO, M. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. Revista Acta Paulista de Enfermagem [online], São Paulo, v. 25, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2013.

Texto 36. MANGUEIRA, S. O.; et al. Implantação da sistematização da assistência de enfermagem: opinião de uma equipe de enfermagem hospitalar. Revista de Enfermagem em Foco [online]. Brasília, v. 3, n. 3, p. 135-138, ago. 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/298>>. Acesso em: 13 maio 2013.

Texto 37. GUEDES, E. S. Atitudes do pessoal de enfermagem relacionadas ao processo de enfermagem. 2012. 149p Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/5350952-Universidade-de-sao-paulo-escola-de-enfermagem-erika-de-souza-guedes-atitudes-do-pessoal-de-enfermagem-relacionadas-ao-processo-de-enfermagem.html>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

Texto 38. MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S. R.; CABRAL, R. W. L. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. Revista Gaúcha de Enfermagem [online], Porto Alegre, v. 33, n. 3, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2013.

Texto 39. MEIRELES, G.; LOPES, M.; SILVA, J. F. O conhecimento dos enfermeiros sobre a sistematização da assistência de enfermagem. Revista Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde [online], São Paulo, v.16, n.1, p. 69-82, out. 2012. Disponível em: <<http://sare.anhanguera.com/index.php/rencs/article/view/3702>>. Acesso em: 17 Abr. 2013.

Texto 40. OLIVEIRA, C. M. ; et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do processo de enfermagem em uma unidade de um hospital universitário. Revista Mineira de

Enfermagem [online], Minas Gerais, v. 16, n. 2, p. 258-263, abr./Jun. 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/527>>. Acesso em: 17 abr. 2013.

Texto 41. OLIVEIRA, A. P. C, et. al. Sistematização da assistência de enfermagem: implementação em uma unidade de terapia intensiva. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [online]. Fortaleza, v. 13, n. 3, p. 601-12, nov. 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/727>>. Acesso em: 17 abr. 2013.

Texto 42. COGO, E. et al. Sistematização da assistência de enfermagem no cenário hospitalar: percepção dos enfermeiros. Revista Cogitare Enfermagem [online], Curitiba, v. 17, n. 3, set. 2012. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/29293>>. Acesso em: 17 mar. 2013.

Texto 43. RAMALHO NETO, J. et al.. Nursing assistance systematization: terms, theoretical referential and phases of nursing process. Journal of Nursing UFPE [online], Recife, v. 6, n. 11, jul. 2012. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2948>>. Acesso em: 17 ago. 2013.

Texto 44. MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S. R.; CABRAL, R. W. L. Desvelando dificuldades operacionais na sistematização da assistência de enfermagem através da Grounded Theory. Revista Eletrônica de Enfermagem [online], Goiás, v. 15, n. 1, p. 44-53, mar. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/15323>>. Acesso em: 16 abr. 2013.

Texto 45. LIMA, F. E. T. O processo de Enfermagem. Revista Tendências da Enfermagem Profissional [online], Brasília, v. 5, n. 2, Editorial, jun. 2013. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/revista/retep_16/pdf/coren_ce_retep16.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2014.

Texto 46. SANTOS, C. C. M.; LOPES, M. G. D. Sistematização da assistência de enfermagem e responsabilidade social nos cenários de prática profissional. Revista Brasileira de Enfermagem [online], Brasília, v. 66, n. 5, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2014.

Texto 47. DANTAS, C. ; DANTAS, F. Sistematização da assistência, processo e consulta de enfermagem: significados e aplicações. Journal of Nursing UFPE [online], Recife, v. 7, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5535>>. Acesso em: 16 jan. 2014.

Texto 48. CASAFUS, K. C. U.; DELL'ACQUA, M. C. Q.; BOCCHI, S. C. M. Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem. Revista de Enfermagem Escola Anna Nery [online], Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2014

Texto 49. PEREIRA, J. ; et al. Introjection of the nursing process as the technology of care in a hospital. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental [online], América do Norte, 5, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1974>>. Acesso em: 17 jan. 2014.

Texto 50. SASSO, G. T. M. D. ; et al. Processo de enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online], São Paulo, v. 47, n. 1, fev. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100031&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr.2013.

Texto 51. CARVALHO, E.C., et al. Obstáculos para a implementação do processo de enfermagem no brasil. *Journal of Nursing UFPE* [online], Recife, v. 1, n.1, dez. 2007. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/17-8781-1-pdf_172>. Acesso em: 16 mar. 2012.

Texto 52. ASSIS, C. C.; BARROS, A. B. L.; GANZAROLLI, M. Z. Avaliação das intervenções e dos resultados esperados para o diagnóstico de enfermagem fadiga, em portadores de insuficiência cardíaca. *Revista Acta Paulista de Enfermagem* [online], São Paulo, v. 20, n. 3, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000300019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2012.

Texto 53. KOERICH, M. S. et al . Sistematização da assistência: aproximando o saber acadêmico, o saber-fazer e o legislar em saúde. *Revista Acta Paulista de Enfermagem* [online], São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em:16 abr. 2013.

Texto 54. VENTURINI, D. A.; MARCON, S. S. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online], Brasília, v. 61, n. 5, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2014.

Texto 55. CARVALHO, E. C.; MELO, A. S. O significado de processo de enfermagem para quem o ministra. *Revista Cogitare Enfermagem* [online], Curitiba, v. 13, n. 3, dez. 2008. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/12966>>. Acesso em: 17 jan. 2014.

Texto 56. LEDESMA-DELGADO, M. E.; MENDES, M. M. R. O processo de enfermagem como ações de cuidado rotineiro: construindo seu significado na perspectiva das enfermeiras assistencias. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online], Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2014.

Texto 57. AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online], São Paulo, v. 43, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2014.

Texto 58. SILVA, M.; MENEGETE, M.; FONTANA, R. Implementation of the nursing process in clinical practice: learning experience. *Journal of Nursing UFPE* [online], Recife, v.4, n.2, p. 92-100, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/712>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

Texto 59. LIRA, A. L. B. C.; LOPES, M. V. Clareza do processo de enfermagem proposto por Roy à luz do modelo de Barnum. *Revista de Enfermagem da UERJ* [online], Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 104-7, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a18.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2013.

Texto 60. TRUPPEL, T. C. et al . Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online], Brasília, v. 62, n. 2, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2014.

Texto 61. LUIZ, F. F. et al. A sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe de um hospital de ensino. Revista Eletrônica de Enfermagem [online], Goiás, v. 12, n. 4, p. 655-9, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8642>>. Acesso em: 16 jan. 2014.

Texto 62. CARVALHO, A.; et al. Reflecting on the practice of nursing care systematization in the intensive care unit. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental [Online], América do Norte, 5, mar. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2080>>. Acesso em: 17 jan. 2014.

Texto 63. FIGUEIREDO, R. M. et al. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online], São Paulo, v. 40, n. 2, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2013.

Texto 64. GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; CARVALHO, E. C. Processo de enfermagem: aplicação à prática profissional. Online Brazilian Journal of Nursing [online], Niteroi, v. 3, n.2, 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm>>. Acesso em: 23 fev. 2013.

Texto 65. CAVALCANTE, R. B. et al. Experiências de sistematização da assistência de enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico. Revista de Enfermagem da UFSM [online], Rio Grande do Sul, v. 1, n. 3, p. 461 - 471, out. 2011. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2832>>. Acesso em: 16 Abr. 2013.

Texto 66. FULY, P. S. C.; LEITE, J. L.; LIMA, S. B. S. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem [online], Brasília, v. 61, n. 6, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2014

Texto 67. BARRA, D. C. C.; SASSO, G. T. M. D. Processo de enfermagem conforme a classificação internacional para as práticas de enfermagem: uma revisão integrativa. Revista Texto & contexto Enfermagem [online], Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 440-447, jun.2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12jan. 2014.

Texto 68. FAVERO, L.; WALL, M. L.; LACERDA, M. R. Diferenças conceituais em termos utilizados na produção científica da enfermagem brasileira. Revista Texto & contexto Enfermagem [online], Florianópolis, vol.22, n.2, p. 1-8, abr./Jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200032>. Acesso em: 19 jan. 2014.

Texto 69. HERMIDA, P. M. V.; ARAUJO, I. E. M. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. Revista Brasileira de Enfermagem [online], Brasília, v. 59, n. 5, out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000500015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2014

Texto 70. KLETEMBERG, D. F.; SIQUEIRA, M. D. ; MANTOVANI, M. F. Uma história do processo de enfermagem nas publicações da Revista Brasileira de Enfermagem no período 1960-1986. Revista de Enfermagem Escola Anna Nery [online], Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, dez.

2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2014.

Texto 71. MORAES, M. H. B. et al. Evaluation of the Nursing Process Used at a Brazilian Teaching Hospital., *International Journal Of Nursing Terminologies & Classifications* [online], v. 21, n. 3, p. 116-123. set. 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijnt.2010.21.issue-3/issuetoc>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

Texto 72. CORDOVA, P. B.; et al. Using the Nursing Interventions Classification as a Potential Measure of Nurse Workload. *Journal of Nursing Care Quality* [online], Canada, v.25, n.1, p. 39-45, jan. /mar. 2010. Disponível em: <<http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC2869293/>>. Acesso em: 23 jan. 2012.

Texto 73. FERNÁNDEZ-SOLA, C. et al. Strategies to develop the nursing process and nursing care plans in the health system in Bolivia *International Nursing Review* [online]. v. 58, n. 3, p. 392-399. set. 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21848789>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

Texto 74. FULY, P.S.C. et al. Interconnections between the systematization of nursing care and software engineering: theory based on data. *Online Brazilian Journal of Nursing* [Online], Niteroi, v 12, n. 1, p. 49-61, mar. 2013 Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4099>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

Texto 75. KARKKAINEN, O.; ERIKSSON, K. Evaluation of patient records as part of developing a nursing care classification. *Journal Of Clinical Nursing* [online]. v. 12, n. 2, p. 198-205, mar. 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12603551>>. Acesso em: 12 out. 2013.

Texto 76. BJÖRVELL, C.; WREDLING, R.; THORELL-EKSTRAND, I. Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of registered nurses. *Journal of Clinical Nursing* [online]. v. 12, n.2, p. 206-214, mar. 2003. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/10884778>>. Acesso em: 12 out. 2012.

Texto 77. OILI KARKKAINEN, K. E. Structuring the documentation of nursing care on the basis of a theoretical process model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online], v.18; p. 229–236, fev. 2004. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2004.00274>>. Acesso em: 11 mar. 2013.

Texto 78. EHRENBERG, A.; EHNFORSS, M.; SMEDBY, B. Auditing nursing content in patient records Ehrenberg. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences* [online], v.15, n. 2, p.133-141, mar. 2001. Disponível em: < <http://libra.msra.cn/Publication/43948457/auditing-nursing-content-in-patient-records>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

Texto 79. CRUZ, I. C. F. The implementation of the nursing process methodology: problems and perspectives. *Online Brazilian Journal of Nursing* [online], Niteroi, v. 8, n.3, set. 2009. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/objn101cruz.htm>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

Texto 80. SOCHALSKI, J. Is More Better? The Relationship Between Nurse Staffing and the Quality of Nursing Care in Hospitals. *Medical Care* [online], v. 42, n. 2, suppl, ,p. 67-73. Fev. 2004. Disponível em: <<http://www.protectmasspatients.org/docs/Is%20More%20Better.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2013.

Texto 81. AMMENWERTH, E. et al. Nursing process documentation systems in clinical routine: prerequisites and experiences *International Journal of Medical Informatics* [online], v.64, p.187-200, 2001. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/11622663_Nursing_process_documentation_systems_in_clinical_routine-Pre-requisite_and_experience>. Acesso em: 18 jul. 2012.

Texto 82. MÜLLER-STAU, M. et al. Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* [online], v. 56, n. 5, p. 514–531. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100022>. Acesso em: 18 jul. 2012.

Texto 83. HENGAMEH, K. Applying nursing process education in workshop framework, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, v. 29, p. 561-566, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042811027376>>. Acesso em: 18 jul. 2012.

Texto 84. GRANERO-MOLINA, J. et al. Proceso de enfermería: ¿qué significa para las enfermeras de Santa Cruz (Bolivia)? *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online], São Paulo, v. 46, n. 4, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400027&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2013.

Texto 85. REIS PESSALACIA, J. D. et al. Perception of nursing students about behaviors and ethical aspects involved in patient data collection. *Invest. educ. enferm* [online], Medellín, v. 31, n. 2, maio/ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072013000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Jan. 2014.

Texto 86. LEE, T.T.; YEH C, H. O. L. Application of a computerized nursing care plan system in one hospital: experiences of ICU nurses in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing* [online], vol. 39, n. 1, p. 1-14, jul. 2002. Disponível em: <<http://web.b.ebscohost.com.ez29.periodicos.capes.gov.br/ehost/detail?sid=c5258dff-6723-4b5b-986e-8d1fcf45754f%40sessionmgr111&vid=1&hid=125&bd>>. Acesso em: 18 Jan. 2014.

Texto 87. YEH, SHU-HUI.; et al. Implementation and evaluation of a nursing process support system for long-term care: a Taiwanese study. *Journal of Clinical Nursing* [online], v. 18, n. 22, p. 3089–3097, nov. 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2009.02879.x/abstract;jsessionid=6B13FD62294CFCBF3DDE1AF09B9F1D94.f02t03?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=>>>. Acesso em: 18 fev. 2013.

Texto 88. SILVA, V. C. G. et al. Measuring the time of manual and electronic records of the Systematization of Nursing Care in the Intensive Care Unit. *J. Health Inform* [online], v. 4, n. 2, p. 37-42, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/173/112>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

Texto 89. BROOM, M. Exploring the assessment process. *Paediatric Nursing* [online], v. 19: n. 4, p. 22-25. maio, 2007. Disponível em: <<http://web.b.ebscohost.com.ez29.periodicos.capes.gov.br/ehost/detail?sid=c37ffe78-2c46-491c-b7f5-9acc7cd7b504%40sessionmgr111&vid=1&hid=108&bd>>. Acesso em: 25 fev. 2013.

Texto 90. GUIMARES, E. M. P. A.; et al. Uso del plan de cuidado como estrategia de sistematización de la atención de enfermería. *Ciencia y enfermería* [online], Chile, v. 8, n.2, Universidad de Concepción. Facultad de Enfermería, p. 49-58, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2014.

Texto 91. LESMES, Ó. G. Factores que determinan la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Villavicencio, 2008. *Avances em Enfermerian*. [online]. Colômbia, v.27, n.1 p. 60-68, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v27n1/v27n1a07>>. Acesso em: 18 fev. 2013.

Texto 92. GONZALEZ, M. A. El proceso de enfermería hace parte de la calidad del cuidado? *Avances en Enfermerian* [online], Colômbia, v.25, n.2, p. 141-147, jul./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002007000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2013.

Texto 93. FERNANDEZ-SOLA, C. et al. . Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación inicial de enfermeira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online], São Paulo, v. 46, n. 6, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2013.

Texto 94. ROJAS, J. G.; DURANGO, P. P. Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. *Invest. educ. enferm* [online], Colômbia, v. 28, n.3, p. 323-335, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v28n3/v28n3a03.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2013.

Texto 95. LEÓN ROMAN, C. A. Nuevas estrategias para la aplicación del Método Cubano de Registro del Proceso de Atención de Enfermería. *Revista Cubana Enfermería* [online], Havana, v.21, n. 2, ago. 2005. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000200009&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 30 jul. 2013.

Texto 96. GUERRA, J.P. S.; MARTIN, M. D. Percepción de los alumnos de enfermería sobre la función tutorial en las prácticas. *Revista Enfermería Global* [online], Murcia, n.15, fev. 2009. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Sevilha. Disponível em: <[Http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100006&lng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100006&lng=pt)>. Acesso em: 26 jul. 2013.

Texto 97. GONZALEZ SARA, S. H.; MORENO PEREZ, N. E. Instrumentos para la enseñanza del proceso enfermero en la práctica clínica docente con enfoque de autocuidado utilizando Nanda-Nic-Noc. *Revista Enfermería Global* [online], Murcia, v. 10, n. 23, p. 89-95, jul. 2011. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 ago. 2012.

Texto 98. OLIVEIRA, K. F. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Rede Hospitalar de Uberaba: MG. *Revista de Enfermagem Referência* [online], Coimbra, v.serIII, n. 8, p.105-114, dez. 2012. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 nov. 2013.

Texto 99. DELL'ACQUA, M. C. Q.; MIYADAHIRA, A. M. K. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*[online], Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, mar./abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2013.

Texto 100. CARVALHO, E. C.; KUSUMOTA, L. Processo de enfermagem: resultados e consequências da utilização para a prática de enfermagem. *Revista Acta Paulita de Enfermagem* [online], São Paulo, v. 22, n.1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000800022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan.2014

Texto 101. MONTEZELI, J. et al. Horta's benchmark as a tool of Nursing teaching-learning: assistential convergent research. Online Brazilian Journal of Nursing [online], Niteroi, v. 8, n.1, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2055>>. Acesso em: 16 jan. 2014.

Texto 102. RAMOS, L. A. R.; CARVALHO, E. C; CANINI, S. R. M. S. Opinião de auxiliares e técnicos de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem [online], Goiás, v. 11, n. 1, p. 39-44, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a05.htm>>. Acesso em: 23 jan. 2014.

Texto 103. TORRES, E. et al . Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. Revista de Enfermagem Escola Anna Nery [online], Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 730-736, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jan. 2014.

Texto 104. MENDES, M. A; BASTOS, M. A. R. Processo de enfermagem: sequencias no cuidar, fazem a diferença. Revista Brasileira de Enfermagem [online], Brasília, v. 56, n. 3, p. 271-276, maio /jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em : 16 abr. 2013.

Texto 105. FULY, P. S. C.; FREIRE, S. M.; ALMEIDA, R. T. The nursing process and its application in intensive care at Rio de Janeiro as a support to the development of an electronic patient record. Online Brazilian Journal of Nursing [online], Niteroi, v.2, n.3, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/objn203fulyfreirealmeida.htm>>. Acesso em: 16 maio 2012.

Texto 106. CARVALHO, A. T. R.; et al. Refletindo sobre a prática da sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva. Revista Pesquisa: Cuidados Fundamentais [online]. Rio de Janeiro, v.5, n. 2, p. 3723-29, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2080/pdf_765>. Acesso em: 22 jan. 2014.

Texto 107. SOARES, M. I.; FELIPE, A. B. O.; TERRA F. S.; OLIVEIRA, L. S. O significado do processo de enfermagem para alunos de graduação em enfermagem. Revista Journal of Nursing UFPE [online], Recife, v.7, n.1, p.162-7, jan. 2013. Disponível em:<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/35>>. Acesso em: 26 jan. 2014.

Texto 108. HUITZI-EGILEGOR, J. X. et al. Estudo retrospectivo da implementação do processo de enfermagem em uma área de saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]. Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1049-1053, set./out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000501049&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 jan. 2014.

APÊNDICE 2. ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL E FUNCIONAL DOS ELEMENTOS CONSTITUINTES DOS CINCO BLOCOS TEMÁTICOS:

QUADRO 33. ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL E FUNCIONAL DOS COMPONENTES PRINCIPAIS E COMPLEMENTARES DO BLOCO TEMÁTICO I. RIO DE JANEIRO, 2015.

ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL E FUNCIONAL DOS COMPONENTES PRINCIPAIS E COMPLEMENTARES DO BLOCO TEMÁTICO I				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
EVOLUÇÃO DO PE NO ENSINO, NA PRÁTICA E NA PESQUISA:	<p>A evolução do PE, em seus aspectos globais, vem acompanhando o desenvolvimento científico e tecnológico da prática profissional da Enfermagem, no Brasil e no mundo.</p> <p>É um instrumento facilitador da assistência e podemos identificar na prática, pesquisa e assistência. Houve grandes avanços no contexto histórico de sua evolução. Ele passou a ser reconhecido como agente de mudança desta maneira definindo o espaço do enfermeiro entre os demais profissionais e independência de suas ações.</p> <p>Considerado um elemento essencial e obrigatório na prática profissional; ele contribui para a autonomia do enfermeiro e para o desenvolvimento de suas atividades específicas e, conseqüentemente, para a definição de seu espaço.</p>	<p>Elemento norteador para a sistematização, nos últimos anos destacam-se alguns fatores que perpassam desde o conhecimento técnico-prático e científico até a habilidade e competência do enfermeiro.</p> <p>Melhora o processo de trabalho da enfermagem proporcionando medidas de padrões mais elevados de qualidade na assistência.</p> <p>Palavras significativas: teoria, padrão, estrutura, instituições, atividade teórica, atividade prática, embasamento teórico referencial, instituições de saúde, instituições de ensino, lei do exercício profissional; obrigatoriedade; resolução, enfermeira e equipe de enfermagem.</p>	<p>Utiliza métodos, normas e procedimentos específicos para identificar e atender as necessidades de saúde do ser humano nos diferentes cenários, individual ou coletivo.</p> <p>Assim, diante das diversas situações existentes nas instituições e serviços de saúde, os enfermeiros mobilizam-se para atender melhor a população, no que se refere a prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, para melhor garantir uma qualidade de vida para o indivíduo, família e comunidade.</p>	<p>Instituições de ensino e saúde e Conselhos de Enfermagem foram importantes na sua divulgação, disseminação e normatização do PE.</p> <p>Ele passou a ser considerado como base para o plano de ação dos profissionais e gestores dos serviços; a padronização, análise e melhoria contínua dos processos de cuidado e de seus resultados.</p> <p>A introdução dos processos de certificação e acreditação nos serviços de saúde provocou mudanças na maneira de assistir ao cliente nas instituições de saúde privilegiando os enfoques relativos ao PE.</p>

QUADRO 34. ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL E FUNCIONAL DOS COMPONENTES PRINCIPAIS E COMPLEMENTARES DO BLOCOS TEMÁTICO II. RIO DE JANEIRO, 2015.

ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL E FUNCIONAL DOS COMPONENTES PRINCIPAIS E COMPLEMENTARES DO BLOCO TEMÁTICO II.				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
DIMENSÕES GERENCIAIS E ASSISTENCIAIS NA IMPLANTAÇÃO DO PE.	<p>As dimensões gerenciais e do cuidado estão relacionadas aos fatores extrínsecos e intrínsecos que vem interferindo ao longo dos anos para a efetiva operacionalização do PE.</p> <p>O contexto gerencial envolve um conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e compreensão de todo o processo gerencial do cuidado direto e indireto ao paciente, família e comunidade, com o desempenho de ações práticas e administrativas necessárias para a assistência em todos os espaços institucionais de prestação de cuidado em saúde.</p> <p>O contexto assistencial envolve planejamento, execução e avaliação do cuidado direto prestado ao paciente, família e comunidade. As ações e atos de cuidado devem ser de caráter integral e individualizado com um atendimento as necessidades em todos os níveis de saúde: biológico, espiritual, social, psíquico e cultural.</p>	<p>O PE contribui para a organização e gestão dos cuidados e serviços considerando-se os recursos humanos e materiais para sua realização. É um indicador para a tomada de decisão clínica e gerencial, além de facilitar a prática de auditoria interna e externa.</p> <p>Operacionalização, implantação, recursos, operacionalização, gestão de serviços, atividade burocrática, liderança, recursos humanos, recursos materiais, sobrecarga de trabalho, interferência, capacitação, dificuldades, equipe de enfermagem, resistência, treinamento, conflitos, adesão, barreiras.</p>	<p>A operacionalização do PE na prática de enfermagem destaca-o como elemento articulador dos processos de cuidar e gerencial, que implicam diretamente na assistência de enfermagem, seja no planejamento, na execução e avaliação do cuidado.</p> <p>Ele exige efetiva participação dos trabalhadores, gestores e usuários das instituições de saúde, os quais desempenham um papel essencial na garantia e manutenção do cuidado.</p>	<p>Esta dimensão abrange os fatores extrínsecos e intrínsecos relacionados aos aspectos facilitadores e dificultadores que envolvem a aplicação do PE, estejam relacionados a gestão e gerência dos serviços, bem como aos profissionais de enfermagem.</p> <p>Os profissionais são fundamentais no desenvolvimento da qualidade assistencial e organizacional dos serviços.</p>

QUADRO 35. ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL E FUNCIONAL DOS COMPONENTES PRINCIPAIS E COMPLEMENTARES DO BLOCO TEMÁTICO III. RIO DE JANEIRO, 2015.

ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL E FUNCIONAL DOS COMPONENTES PRINCIPAIS E COMPLEMENTARES DO BLOCO TEMÁTICO III.				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
O PE E A SAE NOS CONTEXTOS SOCIOCULTURAL E ASSISTENCIAL: DIMENSÕES TEÓRICAS, PRÁTICAS E SOCIAIS.	<p>Os contextos teóricos, práticos e sociais relacionados ao PE correspondem aos modelos conceituais ou teóricos de enfermagem elaborados no decorrer dos anos. Os contextos socioculturais e assistenciais são requisitos que interferem diretamente na operacionalização do PE, no cenário hospitalar.</p> <p>O PE e a SAE são influenciados por fatores multifatoriais, resultantes dos aspectos sociais, culturais, psicossociais e organizacionais do processo de cuidar.</p>	<p>O PE favorece à valorização da prática da enfermagem como elemento articulador do processo de cuidar e implica na prática reflexiva e na contextualização do cuidado no âmbito da enfermagem.</p> <p>Conceitos, modelos e teorias específicas de enfermagem; concepções teóricas, relação terapêutica, equipe de trabalho, equipe multidisciplinar; autonomia; valores; percepções expectativas; processo saúde-doença, cultura; profissionais de enfermagem, paradigmas, ser humano, ambiente, saúde e a Enfermagem.</p>	<p>Implica no processamento da sistematização do cuidar, e possibilita desenvolver o PE sob novas concepções do ser, do saber e fazer da Enfermagem considerando a interface de cuidar-gerir.</p> <p>No que se refere a assistência ao paciente, família e comunidade, diversos aspectos do cuidado facilitam a recuperação da saúde e do bem-estar, através da identificação das necessidades humanas básicas afetadas relacionadas aos indivíduos, família e comunidade.</p>	<p>O contexto sociocultural e assistencial e suas dimensões teóricas, práticas e sociais associam-se à necessidade de se utilizar uma assistência de enfermagem sistematizada visando a quantificação e qualificação do cuidado prestado com a participação, ativa de toda equipe de enfermagem, do usuário, família e comunidade nos diversos cenários hospitalares.</p>

QUADRO 36. ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL E FUNCIONAL DOS COMPONENTES PRINCIPAIS E COMPLEMENTARES DO BLOCOS TEMÁTICO IV. RIO DE JANEIRO, 2015.

ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL E FUNCIONAL DOS COMPONENTES PRINCIPAIS E COMPLEMENTARES DO BLOCO TEMÁTICO IV.					
ELEMENTOS CONSTITUINTES		COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
		CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
SISTEMAS INFORMATIZADOS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE		<p>Os sistemas informatizados descrevem o avanço da tecnologia, o seu desenvolvimento e sua inserção nos prontuários eletrônicos em cenários hospitalares dos serviços de saúde.</p> <p>Esta e uma nova forma de olhar para os registros, destacando-se os estudos sobre os diversos sistemas informatizados nos serviços de saúde nacionais e internacionais.</p> <p>Os sistemas informatizados nos serviços de saúde possibilitam a introdução dos registros das etapas do PE e das classificações de enfermagem nos prontuários eletrônicos de pacientes.</p>	<p>Os sistemas permitem a interface entre as anotações e os registros com a prática assistencial dos enfermeiros.</p> <p>Implica na evolução dos registros em prontuários eletrônicos e na utilização de uma linguagem padronizada, como, por exemplo, a dos sistemas de classificações internacionais das práticas da enfermagem: NANDA, NIC e NOC, além da CIPE.</p> <p>Intervenções de enfermagem, Informatização, classificações, sistemas, linguagem, sistemas eletrônicos, padronização, internacionais, serviços de saúde, informática, enfermagem, terminologias, NANDA, NIC, NOC, CIPE, auditoria, taxonomias, computadorizado, classificação internacional.</p>	<p>Os registros informatizados são realizados pela equipe de enfermagem e permitem a comunicação permanente entre os membros da equipe multiprofissional, com transmissão de informações que facilitem o planejamento, tomada de decisões clínicas e gerenciais e continuidade da assistência prestada.</p>	<p>A inserção dos sistemas informatizados dos registros de enfermagem no contexto dos cenários hospitalares possibilita ampliar o conhecimento teórico-prático do enfermeiro, visando uma assistência de enfermagem eficaz e de qualidade, para atender a demanda e ao mercado de trabalho da Enfermagem.</p>

QUADRO 37. ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL E FUNCIONAL DOS COMPONENTES PRINCIPAIS E COMPLEMENTARES DO BLOCO TEMÁTICO V. RIO DE JANEIRO, 2015.

ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL E FUNCIONAL DOS COMPONENTES PRINCIPAIS E COMPLEMENTARES DO BLOCO TEMÁTICO V.				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
REGISTROS DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	<p>Documentos legais contendo informações pertinentes realizadas do momento da internação até a alta.</p> <p>Eles se constituem em meio pelo qual os profissionais de enfermagem recebem e fornecem informações, o que ajuda nas ações de planejamento, execução, avaliação e participação, em conjunto com os demais membros da equipe de saúde responsáveis pelo cuidado ao paciente.</p> <p>Constituem-se em forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao paciente e aos cuidados prestados pelos membros das equipes de saúde.</p> <p>São realizados pela equipe de enfermagem e abordam questões administrativas, descrição dos procedimentos a serem realizados e que já foram realizados, como também todas as etapas do PE, tais como: histórico, prescrições e evoluções e avaliações dos cuidados e das intervenções realizadas.</p> <p>Os registros contêm todos os cuidados e avaliações do paciente realizadas pela equipe de enfermagem e equipe multidisciplinar. Os registros também são fundamentais para a qualidade dos processos de auditoria nas instituições e serviços de saúde.</p>	<p>Ser preciso, escrito de forma legível, sem erros ortográficos, sem abreviações não padronizadas pela instituição, ter coerência, sem erros ortográficos, rasuras, conter a assinatura, data, carimbo com o conselho profissional de quem presta o cuidado.</p> <p>Expressar com fidedignidade as prescrições, os cuidados prestados e avaliações dos profissionais da equipe desde o momento da admissão até a alta do paciente da instituição.</p> <p>Caso haja falha nos registros das atividades referentes aos cuidados prestados, isto compromete o trabalho da equipe, a avaliação e a continuidade da assistência, seja porque estão incompletos, seja porque estão ausentes.</p> <p>Registros, etapas, planejamento, histórico, prescrição, evolução, diagnóstico, avaliação, cuidados, preenchimento, formulário, comunicação, notificação, impresso, roteiro, exame físico, dados coletados, adaptado, alterações, necessidades, respectiva, referidas</p>	<p>Eles são essenciais na avaliação das atividades do enfermeiro e devem ser realizados em todas as etapas do PE.</p> <p>Os dados extraídos dos registros envolvem todos os profissionais de saúde fornecendo informações para construção de indicadores de qualidade da assistência, além de dar subsídio para o desenvolvimento de outras áreas de atuação da Enfermagem, como a pesquisa e o ensino. Nas informações referentes aos registros dos cuidados prestados aos pacientes mais da metade são elaborados pela equipe de enfermagem.</p>	<p>Os registros permitem avaliar os aspectos organizacionais, operacionais e financeiros das instituições, nos aspectos qualitativos e quantitativos relacionados à assistência e qualidade dos cuidados prestados.</p> <p>Por serem obrigatórios como instrumentos para avaliar a qualidade dos serviços prestados aos pacientes e a sociedade, fizeram surgir a necessidade de qualificar um profissional de saúde para exercer esta função nas instituições que prestam serviços de saúde públicos ou privados. Esta nova necessidade abriu um novo campo profissional para a Enfermagem nas equipes de auditoria.</p>

APENDICE 3: ELEMENTOS RECORRENTES DOS CINCO BLOCOS TEMÁTICOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A FORMAÇÃO DO CONCEITO DE PROCESSO DE ENFERMAGEM.

QUADRO 38- ELEMENTOS RECORRENTES DOS CINCO BLOCOS TEMÁTICOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A FORMAÇÃO DO CONCEITO DE PROCESSO DE ENFERMAGEM. RIO DE JANEIRO, 2015

ELEMENTOS RECORRENTES DO BLOCO TEMÁTICO I: EVOLUÇÃO DO CUIDADO SISTEMATIZADO				
CLASSE 4. INTERFACES TEÓRICAS E PRÁTICAS NOS DIFERENTES ASPECTOS DO PE.				
GRUPO TEMÁTICO I: ASPECTOS LEGAIS E A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO PE				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
EVOLUÇÃO DO SABER DE ENFERMAGEM E A ORIGEM DO PE	É a descrição da trajetória do PE desde a os primórdios das atividades de enfermagem até a atualidade, incluindo os avanços políticos e sociais que influenciaram na forma de assistir ao ser humano, onde as atividades de enfermagem foram normatizadas nos Estados Unidos nas décadas de 20 a 30, através da introdução do ensino dos estudos de caso e dos aspectos do planejamento da prática.	Ações que envolvem o treinamento dos agentes executores das atividades do cuidado, que perpassam pela organização dos hospitais, com religiosas responsáveis pelo planejamento e execução dos cuidados e vai até a busca por profissionais mais qualificados e com conhecimentos de enfermagem para a constituição de um saber específico da profissão.	Relaciona-se aos aspectos que envolvem a necessidade de compreensão dos profissionais acerca do processo evolutivo do cuidado, que inicialmente era realizado sem conhecimento específico, evoluindo da visão nightingaleana, forma intuitiva e baseado em outras disciplinas até evoluir para ações de cuidados organizados, sistematizados com base em modelos estruturados, conceitos e teorias que visam a identificação e resolução dos fenômenos vinculados à disciplina enfermagem com adoção de princípios científicos e uso de uma metodologia científica para a assistência de enfermagem.	As ações de cuidados nas instituições foram introduzidas através de estudos de casos nas discussões de ensino e de práticas profissionais sistematizadas voltadas para organização, planejamento e execuções das ações de enfermagem.

CLASSE 4- GRUPO TEMÁTICO I: ASPECTOS LEGAIS E A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO PE				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DO PE	São atividades voltadas para o treinamento e aperfeiçoamento dos profissionais visando o desenvolvimento da prática da profissão de forma mais segura e com melhor desempenho na prestação de cuidados de enfermagem. Envolvem estratégias de educação em serviço para proporcionar habilidades técnicas e conhecimento teórico com ensino das teorias, dos modelos assistenciais e dos conhecimentos científicos específicos da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem	Atividades voltadas para o ensino e a prática dos elementos envolvidos no planejamento e execução dos cuidados através da utilização do PE. Tem destaque para os aspectos relativos ao ensino do PE nas instituições de ensino e assistenciais no território nacional e para a participação fundamental de Wanda de Aguiar Horta como pioneira na abordagem da temática no curso de Graduação.	Estão atividades de ensino acerca do PE voltadas para os profissionais da equipe de enfermagem, com vista na capacitação profissional e educação continuada através de ações práticas e aulas teóricas visando uma assistência de melhor qualidade com a prestação de cuidados individualizados, centrados nas reais necessidades humanas básicas. Através dos treinados em serviço os profissionais de enfermagem serão estimulados e capazes de melhor identificar, compreender e intervir nos fenômenos de interesse da Enfermagem.	Diz respeito a formação e capacitação de profissionais da equipe de enfermagem mais qualificados para que possam desenvolver suas atividades profissionais baseados em uma metodologia de trabalho respaldada no método científico, que na década 70 baseou-se para sua prática profissional no referencial teórico da teoria das necessidades humanas básicas de Maslow. Através dessa prática educativa poderá ser identificadas lacunas no processo de assistir em enfermagem.
MÉTODO CIENTÍFICO COMO BASE DO PE	Está associado à necessidade de se introduzir um conhecimento para reafirmar a profissão baseada em uma metodologia científica. Constitui-se como um saber organizado, sistemático baseado em modelos de teorias que visam descrever, explicar e prever fenômenos vinculados às atividades de enfermagem.	Caracteriza-se por ser uma metodologia própria de trabalho da Enfermagem, baseado no método científico. Este modelo foi iniciado e amplamente difundido no Brasil, nas instituições de ensino, sendo uma proposta de Wanda de Aguiar Horta para inserção nos cursos de graduação onde se preconizava seis etapas para o seu desenvolvimento, a saber: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados de enfermagem ou prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.	As ações de enfermagem baseiam-se na prestação de um cuidado mais qualificado e sistematizado, possibilitando o enfermeiro prestar uma assistência individualizada e centrada em um método racional e científico, desenvolvida através do PE.	Permeia todas as ações que envolvem o planejamento e avaliação dos cuidados, sendo O PE considerado como uma metodologia de trabalho mais conhecida e aceita nas instituições de saúde do mundo, o que facilita a troca de informações entre enfermeiras de vários serviços de saúde.

CLASSE 4- GRUPO TEMÁTICO I: ASPECTOS LEGAIS E A EVOLUÇÃO DO CUIDADO SISTEMÁTICO				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS: LEGISLAÇÕES E NORMATIZAÇÕES ACERCA DO PE	São dispositivos legais que norteiam a prática profissional da Enfermagem. Dizem respeito às leis, regulamentações e diretrizes criadas pelos conselhos de Enfermagem para direcionar e nortear o exercício das atividades profissionais da enfermagem. A partir da revisão da regulamentação do exercício das atividades de enfermagem surgiu legislação específica relativa às prescrições de enfermagem, SAE e PE, em âmbito regional e nacional.	Relacionam-se inicialmente com a lei que regulamenta a profissão da enfermagem no país, que definiu como atividade privativa do enfermeiro, dentre outras, a implementação e implantação da SAE e do PE nas instituições de saúde em todo território nacional.	São baseadas nas atividades de enfermagem exercidas com apoio legal, voltadas para o cumprimento de determinações dos Conselhos da profissão relacionadas com o exercício legal da profissão e da operacionalização do PE. O COFEN considera que a implantação da PE se constitui, efetivamente, num requisito para a melhoria na qualidade da assistência de enfermagem, para a institucionalização do PE como processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado pelo enfermeiro em todas as áreas de assistência à saúde.	Apesar da inserção das atividades sistematizadas na assistência de enfermagem ser uma exigência legal em todos os cenários e ambientes de saúde, ainda se verifica que as resoluções dos Conselhos de Enfermagem ainda não foram suficientes para que efetiva utilização da SAE, através do PE. Há ainda a necessidade de que a Enfermagem se mobilize para maior conscientização de sua prática, para que esta atividade seja transformada em prática cotidiana em todos os serviços de saúde públicos e privados do país conforme preconiza todos os Conselhos de Enfermagem.

CLASSE 4- GRUPO TEMÁTICO II: PE NA LITERATURA				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS	COMPONENTES COMPLEMENTARES	ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS
PUBLICAÇÕES SOBRE O PE NO CONTEXTO HOSPITALAR	É o resultado da avaliação das publicações referentes a implementação e implantação do PE no contexto hospitalar a fim de que seu registro permitisse avaliação e acompanhamento, bem como a geração de conhecimentos acerca da temática PE.	O primeiro artigo publicado na revista brasileira de enfermagem sobre sistematização da assistência de enfermagem é de autoria de Wanda de Aguiar Horta, intitulado Considerações sobre o Diagnóstico de Enfermagem. Referem-se ao conhecimento dos profissionais de enfermagem da área assistencial acerca do PE envolvendo desde o aspecto conceitual até a operacionalização das etapas do PE.	Compreensão de que os anos setenta e oitenta foi marcado por uma constância e um pequeno número de publicações abordando o PE no cenário hospitalar. Nos anos noventa e dois mil visualiza-se um incremento significativo no número de publicações, o que pode demonstrar a relevância da temática no período.	Os estudos publicados, na maioria, por docentes apontam para as dificuldades encontradas no ensino do PE e para o fato de que o seu uso na prática assistencial ainda é incipiente ficando, na maioria das vezes, restrito as atividades acadêmicas, sem integração com as atividades dos enfermeiros assistenciais.
CLASSE 4- GRUPO TEMÁTICO III: PE NO ENSINO E NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM				
CONHECIMENTO SOBRE PE: FORMAÇÃO DOS MEMBROS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	Atividades que envolvem experiências relativas ao processo ensino-aprendizagem na consolidação do uso do PE na assistência à saúde. Estão voltadas para o confronto das experiências sobre as dificuldades e facilidades de ensinar o PE, seu emprego na prática, seu benefício para a qualidade do cuidado e valorização da profissão e dos seus profissionais. Deve ser enfatizado que cada membro da equipe de enfermagem tem um papel específico e uma responsabilidade profissional em sua execução.	Atividade que requer uma maior articulação com outras disciplinas e que aponta que, atualmente o ensino está mais integrado. É essencial que seja introduzido o ensino da SAE e do PE nos cursos de nível médio, técnico e auxiliar de enfermagem, com ênfase no esclarecimento das atribuições de cada profissional, e o pode contribuir para minimizar as dificuldades dos profissionais na utilização do PE na prática assistencial	Atividades baseadas na maneira como se aprende e ensina o PE, tem como respaldo o conhecimento da disciplina e a experiência de ministrar o tema de modo que ele seja facilmente compreendido pelo aluno. Em relação ao enfermeiro que ensina o PE é mencionado o fato dele ser um recurso metodológico de extremo valor para o professor; e, um caminho para melhorar profissionalmente. A prática é o melhor modo de se ensinar o PE, embora algumas experiências de ensinar o PE situem-se inicialmente na teoria para depois explorar na prática assistencial.	Reconhecimento de que o ensino do PE é indispensável para a profissão, embora requeira, para ser eficaz, que sua implementação nos serviços de saúde seja realizada com maior interação entre escolas e serviços.

CLASSE 4- GRUPO TEMÁTICO III: PE NO ENSINO E NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS	COMPONENTES COMPLEMENTARES	ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS
PE NOS PROGRAMAS DE PÓS GRADUAÇÃO NO BRASIL	Constitui o uso da temática na pós-graduação com destaque para a produção de conhecimento através das dissertações e teses que abordam o tema como: SAE, PE, teoria de enfermagem, consulta de enfermagem e metodologia da assistência de enfermagem contribuindo para a construção do saber em Enfermagem. A pós-graduação tem ampliado a discussão quanto a diversidade de termos adotados como sinônimos que são responsáveis por vieses no percurso metodológico e obstáculos para o aprofundamento científico acerca do tema e que devem ser oportunamente mais bem definidos.	A evolução do número de publicações originadas das experiências acerca da utilização da sistematização da assistência nas instituições de saúde e do ensino brasileiras vem ocorrendo de forma lenta e essencialmente atrelada aos grupos de pesquisa e trabalhos desenvolvidos dentro das universidades, diretamente envolvidos com os programas de Pós-Graduação.	Referem-se ao interesse dos enfermeiros pesquisadores sobre o PE na prática clínica. As atividades de pesquisa e ensino envolvem, desde o aspecto conceitual até a operacionalização das etapas do PE na prática assistencial. A relação entre os cenários de ensino e o campo do trabalho, ou seja, a integração docente assistencial contribui para formação de parcerias entre os serviços de saúde e a academia, o que promove maior integração entre o ensino, prática e pesquisa, pois facilita o envolvimento dos profissionais dos serviços diretamente na formação dos estudantes.	A inserção da pós-graduação no ensino e prática do processo de enfermagem nas instituições de ensino superior ainda é considerada recente, sendo realizado em disciplinas isoladas, o que pode estar contribuindo para a falta de padronização das ações de ensino e da prática do PE nas instituições hospitalares.
PE NA PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO	Envolve atitudes de mobilização quanto a necessidade de compreensão de que é essencial para a profissão de Enfermagem decidir pela utilização do PE e escolher uma teoria para subsidiá-lo na prática assistencial, no ensino ou na pesquisa o que implica também em identificar os referenciais adotados na Enfermagem distinguindo-os daqueles adotados por outras pessoas ou áreas.	É caracterizado pelos diversos conceitos, teorias e modelos específicos da Enfermagem desenvolvidos ao longo dos anos e que tiveram por finalidade a fundamentação da prática assistencial, para que as ações fossem planejadas, determinadas e gerenciadas para o cuidado mais qualificado, fosse ele individual ou coletivo. Atualmente, o PE na prática profissional, também tem outras finalidades como visa facilitar a introdução dos sistemas de informação em saúde, com o registro de todas as suas etapas, permitir avaliação dos padrões de qualidade o que permite avaliação e acompanhamento constante do cuidado prestado pela equipe de enfermagem e de saúde durante todo o processo de assistir ao paciente.	PE passou a ser motivo de maior preocupação para os enfermeiros devido à aprovação da Lei do Exercício Profissional. Usado na prática assistencial, determina o enfoque do cuidado que será prestado. A dicotomia entre prática e o ensino do fazer Enfermagem também está relacionada à organização da prestação de cuidados de enfermagem baseada no modelo assistencial denominado funcional, bem frequente no âmbito biomédico, ao enfatizar o atendimento e a manutenção dos interesses fragmentados do modelo institucionalizado nos hospitais.	São as ações e as atitudes que estão envolvidas com o uso das etapas do PE no trabalho gerencial e assistencial do enfermeiro em todos os níveis de assistência dos serviços de saúde.

CLASSE 4- GRUPO TEMÁTICO III: PE NO ENSINO E NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	<p>A prática articulada e integrada do PE nas instituições de saúde envolve a forma em que o PE é institucionalizado e pode influenciar de forma negativa ou positiva na organização do trabalho da equipe de enfermagem nas instituições de saúde.</p> <p>Os modelos e tendências de gestão organizacional permitem o enfermeiro vislumbrar uma atuação mais efetiva dentre das instituições de saúde visto que as principais barreiras para o processo de operacionalização do PE estão diretamente relacionadas aos problemas institucionais e pessoais.</p>	<p>Envolve o planejamento do cuidado por meio da sistematização das ações que vão desde a identificação dos diagnósticos, das intervenções e da avaliação clínica dos resultados até o registro de todas estas etapas.</p> <p>Considerado uma metodologia assistencial e uma tecnologia do cuidado utilizado nas instituições que prestam serviços de saúde</p>	<p>Relaciona-se com o cuidado na medida em que proporciona o seu planejamento fundamentado em um método científico de resolução de problemas.</p> <p>Ajuda a orientar o raciocínio lógico e melhorar a qualidade do cuidado por meio da sistematização da avaliação clínica, dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados de enfermagem.</p>	<p>Envolve a prática articulada e integrada nas instituições de ensino e de saúde no Brasil, com o desenvolvimento do PE baseado no processo de Wanda de Aguiar Horta, amplamente divulgado nas instituições de saúde brasileiras a partir de 1970.</p>

ELEMENTOS RECORRENTES DO BLOCO TEMÁTICO II PARA A FORMAÇÃO DO CONCEITO DE PROCESSO DE ENFERMAGEM EVOLUÇÃO DO CUIDADO SISTEMATIZADO				
CLASSE 2: INTERFACES NO CONTEXTO GERENCIAL E DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA OPERACIONALIZAÇÃO DO PE				
CLASSE 2- GRUPO TEMÁTICO IV: FATORES INTRÍNSECOS RELACIONADOS AO PE				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
INTERFACE PESSOAL: CONFLITOS PESSOAIS, INTRA E INTERPESSOAIS.	São os fatores constitutivos do indivíduo e que fazem parte da maneira que ele vê e faz parte do mundo. Seu comportamento, atitudes e tomada de decisão são influenciadas pelo olhar, às vezes, conflitante, do ser humano e do profissional. Podemos destacar: atitudes, crenças, valores, habilidades técnicas e intelectuais, fracassos e sucessos para os quais muitas vezes buscam-se explicações nas relações pessoais com a equipe de saúde, com a sua prática profissional, como também podem ser influenciadas por deficiências do ensino formal gerando ansiedade, frustrações e sentimentos de baixa autoestima perante a equipe de saúde e o paciente o que pode comprometer a motivação dessas trabalhadoras na execução do PE.	São as ações que influenciam diretamente a atitude do enfermeiro frente ao PE e ao processo de assistir em Enfermagem. Dentre as razões para estas ações destacam-se algumas: falta de experiência prévia com o PE, ensino precário durante a graduação, visão fragmentada dos profissionais ao identificarem as necessidades do ser humano, processo de assistir baseado no modelo biomédico, intervenção direta e negativa dos serviços de gestão, sobrecarga das atividades assistenciais e administrativas, deficiência dos recursos de suporte, dentre outros.	Define ou pode definir a forma com o profissional poderá desenvolver suas atividades de cuidado junto ao paciente. Pode estar diretamente relacionado com o sucesso ou fracasso na implementação e implantação do PE. Contornar alguns desses fatores demanda muito tempo, sensibilização e investimento individual e coletivo e, às vezes, não é, uma mudança factível na prática diária, o que pode resultar na prestação de cuidados inadequadas e dificuldades de inserção ou manutenção deste profissional no mercado de trabalho.	Influencia todas as ações do profissional de enfermagem nos diferentes espaços institucionais de prestação de cuidados em saúde.

CLASSE 2- GRUPO TEMÁTICO IV: FATORES INTRÍNSECOS RELACIONADOS AO PE				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
INTERFACE SOCIAL: SOCIALIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AOS FATORES INTRÍNSECOS QUE INTERFEREM NO PE.	É composto por um conjunto de reações e atitudes frente aos sentimentos, habilidades e aos fatores intrínsecos que afetam cada profissional nas suas relações pessoais e profissionais. Pode causar sentimentos conflituosos nos membros da equipe como, impotência, insatisfação profissional e pessoal, também de acarretar falta de motivação, desvalorização para o uso da SAE, desesperança e estresse no ambiente de trabalho, o que dificulta as relações com as pessoas, nos processos sociais e na integração entre a equipe de enfermagem e multiprofissionais.	Incluem as relações estabelecidas ao longo da prática assistencial, aonde o enfermeiro vai se frustrando com a falta de apoio da instituição no processo de trabalho da equipe de enfermagem, o que contribui para a sua invisibilidade e falta de autonomia. Isso gera sobrecarga e sofrimento psíquico, em face de impotência para realizar a SAE e o PE, associada ao sentimento de culpa e níveis elevados de insatisfações e estresses, gerados pela cobrança da própria instituição. Esses fatores influenciam e são influenciadas pelas relações profissionais, terapêuticas e institucionais no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem,	Envolvem os aspectos subjetivos e objetivos referentes às ações voltadas para o uso do PE, com vistas à organização do trabalho, maior interação e visibilidade das ações executadas pelos membros da equipe de enfermagem, como também o planejamento e avaliação do cuidado a prestado pelos profissionais de enfermagem aos pacientes, familiares e comunidade.	Estas atitudes interferem nas interações sociais, nas relações Inter e intrapessoais e no desenvolvimento do PE nas institucionais e, conseqüentemente na assistência de enfermagem e na organização do trabalho dos membros da equipe de enfermagem nos diferentes ambientes do cenário hospitalar.
INTERFACE EDUCATIVA: CAPACITAÇÃO, TREINAMENTO E EDUCAÇÃO PERMANENTE ESSENCIAL PARA O SERVIÇO DE ENFERMAGEM.	Envolve o desenvolvimento de atitudes de reflexão, a partir de conhecimento específico, do profissional acerca da organização e da filosofia do trabalho de enfermagem. A implantação das ações educativas, capacitação profissional constitui-se num instrumento fundamental para que o enfermeiro possa gerenciar e aperfeiçoar a assistência de enfermagem, de forma organizada, segura, dinâmica e competente através do PE.	São medidas que irão fazer parte de um processo de educação permanente para avaliar o grau de envolvimento e interferência da falta de capacitação e treinamento para o serviço de enfermagem. Deve estar incluídas oficinas de sensibilização da equipe de enfermagem, inclusive dinâmicas de grupo voltadas para toda a equipe de enfermagem incluindo os auxiliares e técnicos de enfermagem.	Estas estratégias de educação e treinamento em serviço irão proporcionar habilidades e competências nos profissionais da equipe para o melhor desempenho de suas ações na prestação de cuidados de enfermagem de melhor qualidade.	O conhecimento dos membros da equipe de enfermagem acerca do PE e da necessidade de um referencial teórico é essencial, para que as expectativas dos profissionais e da instituição sejam atendidas. O bom entrosamento e relacionamento de toda a equipe também devem ser estimulados durante a realização destas estratégias educativas para facilitar a capacitação e o uso do PE na prática por todos os membros da equipe de enfermagem envolvidos no processo de cuidar.

CLASSE 2- GRUPO TEMÁTICO IV: FATORES INTRÍNSECOS RELACIONADOS AO PE				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
PROGRAMAS EDUCATIVOS PARA CAPACITAÇÃO DOS AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM VOLTADAS PARA O USO DO PE.	São ações educativas voltadas para treinamento e capacitação destinadas aos técnicos e auxiliares de enfermagem consideradas necessárias para facilitar a operacionalização do PE na prática assistencial. Durante a formação dos auxiliares e técnicos de enfermagem é necessário que eles tenham maior contato com o PE e esclarecimento das atribuições e responsabilidades de cada membro da equipe de enfermagem.	A participação dos auxiliares e técnicos de enfermagem no processo de enfermagem ainda é obscura. Neste sentido, outro fator limitante é a falta de consenso entre os próprios enfermeiros sobre o tipo de participação destes trabalhadores na aplicação do PE.	O cuidado de enfermagem permeia todos os profissionais da equipe. Atitudes inadequadas e a descontinuidade da assistência por parte dos membros da equipe reforçam a ideia de que existe um desconhecimento do PE por parte dos técnicos e auxiliares de enfermagem, o que diminui sua participação na operacionalização do PE interferindo de forma negativa no cuidado prestado.	Ações voltadas para a sensibilização de toda equipe de enfermagem, especialmente dos auxiliares e técnicos de enfermagem é essencial para superar obstáculos inerentes à sua formação. Geralmente, durante o curso técnico inexistente incentivo para o ensino do PE, que leva a falta de interesse em implementar o PE, a falta de orientação quanto ele ser essencial à profissão, ou mesmo, a ausência de envolvimento em sua elaboração.
PROCESSO DE DECISÃO CLÍNICA	É um conjunto de conhecimentos e habilidades e atitudes relacionadas ao planejamento dos cuidados, onde o enfermeiro deve empregar conhecimentos provenientes de outras áreas do saber que são fundamentos para suas decisões clínicas e éticas.	Envolve a necessidade de refletir sobre o que deverá fazer e explicar os motivos pelos quais agiu de determinada maneira. O enfermeiro precisa desenvolver sua capacidade reflexiva aliada à investigação para melhor diagnosticar.	No processo de decisão clínica o enfermeiro mobiliza uma série de processos de raciocínio, estratégias e métodos para operacionalizar o seu conhecimento e tomar decisões clínicas válidas para poder identificar as necessidades do paciente e planejar mais eficazmente as intervenções adequadas ao seu paciente.	Ação que deve ser utilizada de forma racional e segura por todos os enfermeiros durante o planejamento da assistência voltadas para o cuidado do paciente.

CLASSE 2- GRUPO TEMÁTICO V: FATORES EXTRÍNSECOS RELACIONADOS AO PE				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
CONTEXTO ASSISTENCIAL: ELEMENTOS ESTRUTURAIS EXTERNOS RELACIONADOS À PRÁTICA DO CUIDAR.	São as atitudes de cuidados que ocorre no desenvolvimento de uma prática baseada no modelo tecnicista / biomédico, que prioriza a doença e os procedimentos, bem como excesso de ações administrativas em detrimento das atividades assistenciais, que se constituem em algumas das dificuldades que contribuem para a ausência de implementação do PE nas instituições hospitalares.	São caracterizados pelos fatores impeditivos para a implementação do PE que apontam para o despreparo do grupo, à falta de interesse e, também, a falta de profissionais, tempo e vontade dos gerentes dos serviços, a filosofia da instituição, a complexidade do método, a falta de conscientização, a acomodação e a desmotivação do profissional de enfermagem; no aspecto organizacional, a falta de pessoal de enfermagem é o fator que predomina prejudicando a implementação do processo de enfermagem.	No contexto assistencial as facilidades e dificuldades na implementação do PE devem ser analisadas pela equipe de enfermagem, uma vez que cada instituição possui suas peculiaridades, a fim de que o método assistencial seja implantado com conhecimento da situação e com metas possíveis de serem alcançadas.	São ações da equipe de enfermagem que resultam das influências dos fatores políticos, culturais, sociais, organizacionais e que comprometem a qualidade da assistência de enfermagem no contexto hospitalar.
CONTEXTO GERENCIAL: FATORES RELACIONADOS À ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL QUE INTERFEREM NA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PE NOS SERVIÇOS.	São as atividades de gerência e dos serviços de gestão das instituições de saúde que podem exercer uma forte influência com decisões que estão diretamente relacionadas ao sucesso ou insucesso da implantação e implementação da SAE através do PE. Envolver modelos e tendências de gestão organizacional que permitam a enfermagem vislumbrar uma atuação mais efetiva dentro das instituições, o que pode facilitar ou dificultar a implantação da SAE. As dificuldades para a implantação da SAE e do PE estão diretamente ligadas a problemas institucionais e pessoais. No que se refere às questões institucionais, percebe-se a necessidade do maior envolvimento das equipes e da vontade política para se alcançar a meta de implantação da SAE e do PE.	Envolver os aspectos relacionados ao distanciamento do enfermeiro de suas atividades assistenciais. É caracterizada por atitudes de desinteresse dos enfermeiros em relação à implementação do plano de cuidados, manifestada pela falta de sistematização na prestação da assistência, além da não priorização de suas atividades, o que faz com que o enfermeiro muitas vezes exerça funções burocráticas em detrimento às atividades de natureza assistencial por causa da sobrecarga de trabalho, o tempo, pouca vontade dos gestores em implantar a SAE e o PE, o desconhecimento do funcionamento do processo e a falta de motivação profissional.	Interesse institucional pela proposta e sua viabilidade prática; a falta vontade das chefias e da instituição é apontada como um fator que dificulta a implantação e implementação da SAE, além do fato da instituição como organização burocrática não esperar que seja realizado outro cuidado, além do estabelecido pelo médico.	São ações que contribuem para as dificuldades na implantação da SAE e que estão diretamente ligadas a problemas institucionais e pessoais. No que se refere às questões institucionais, percebe-se a necessidade do envolvimento das equipes e da vontade política para se alcançar a meta de implantação SAE e do PE nas instituições de saúde e dos serviços de enfermagem.

ELEMENTOS RECORRENTES DO BLOCO TEMÁTICO III. O PE E A SAE NOS CONTEXTOS SOCIOCULTURAL E ASSISTENCIAL: DIMENSÕES TEÓRICAS, PRÁTICAS E SOCIAIS.				
CLASSE 1. CONTEXTO PROFISSIONAL E ASSISTENCIAL DA SAE E DO PE				
CLASSE 1. GRUPO TEMÁTICO VI: CONTEXTO SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DO SABER NA ENFERMAGEM				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
CONTEXTO SOCIAL	São os fenômenos, conceitos, modelos e teorias centrais específicos da prática profissional da Enfermagem que devem ser trabalhadas de forma organizada e estruturada. Constitui-se em importantes ferramentas para aplicação prática profissional do enfermeiro, seja no ensino, na pesquisa ou na assistência.	Garantem uma prática mais segura e eficaz para o fazer do enfermeiro, sendo os referenciais teóricos essenciais para o desenvolvimento e seu reconhecimento da profissão.	Possibilita identificar, compreender, descrever e prever os cuidados de acordo com as necessidades individuais e/ou coletiva do ser humano. As dimensões teóricas orientam a organização e operacionalização dos cuidados profissionais prestados pela equipe de Enfermagem.	As dimensões teóricas são essenciais para que o enfermeiro desenvolva um olhar mais reflexivo sobre o seu fazer, possibilitando-o utilizar estratégias criativas e inovadoras que levam à mobilização profissional através de um movimento dinâmico de construção e reconstrução de saberes o que permite que ações de cuidados sejam realizadas em diferentes especialidades nos cenários hospitalares.
CLASSE 1. GRUPO TEMÁTICO VII: CONTEXTO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DO ENFERMEIRO				
CONTEXTO ASSISTENCIAL	A prática profissional é a forma de instrumentalizar o enfermeiro por meio de indicadores que são obtidos por meio da implementação do PE. É compreendido como uma metodologia de trabalho derivada de um método científico. É um valioso instrumento para a consolidação do processo de cuidar, pois ampara o exercício profissional e garante a visibilidade ao trabalho da equipe de enfermagem.	É organizado geralmente em cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes e recorrentes (histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de cuidados de enfermagem), podendo variar de acordo com o referencial teórico adotado no serviço de saúde. Envolve práticas assistenciais específicas da Enfermagem considerando o enfoque interdisciplinar e multidimensional do processo do cuidado nos cenários hospitalares.	Favorece a identificação das situações de saúde e doença amparando as ações dos cuidados de enfermagem referentes à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Possibilita o acesso ao pensamento crítico para a descrição e caracterização de julgamentos clínicos, que subsidiam o alcance dos resultados de enfermagem por meio da tomada de decisão, orientando sobre a sequência da lógica da seleção do cuidado, com melhora da qualidade dos serviços prestados e sua avaliação clínica.	Permite a organização e garante uma assistência fundamentada nos princípios éticos que regulamentam a profissão nos todos os serviços de saúde.

CLASSE 1. GRUPO TEMÁTICO VIII: DIMENSÕES DO PE E DA SAE NA ENFERMAGEM				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
CUIDADO NA PRÁTICA ASSISTENCIAL	São ações relacionadas a organização do cuidado de enfermagem que definem e apontam para qual método será adotado para assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades de saúde. Envolvem atividades de ensino, orientação, auxílio supervisão e avaliação dos resultados da assistência prestada pela equipe de enfermagem.	o PE representa uma série de vantagens para o sistema de cuidar, como maior segurança para os pacientes e melhor prática profissional. A enfermagem se responsabiliza através do cuidado pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para prestação da assistência e promovendo sua autonomia através da educação em saúde.	A Enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e a especificidade é o cuidado ao ser humano individual, na família e ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes com outros profissionais da saúde.	A influência do PE para o enfermeiro do que diz respeito ao mesmo contribuir para a melhora da qualidade de vida da população e para manutenção da saúde em todos os níveis assistenciais de saúde. Além de subsidiar ações de ensino, orientação, supervisão e avaliação dos resultados de suas ações.
PROCESSO DE ASSISTIR EM ENFERMAGEM	É composto por uma série de processos e elementos, os quais podem ou não ser executados concomitantemente. É uma tecnologia da prática do cuidado, proporciona modificações significativas no modo de produzir enfermagem, exercendo, de maneira efetiva, uma maior autônoma no processo do cuidar.	Envolve os seguintes itens: (a) objeto: cuidados do indivíduo e os profissionais da equipe de enfermagem (enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem), (b) instrumentos: saberes estruturados, habilidades, atitudes, materiais, equipamentos e estrutura física; (c) finalidade: promover, manter, recuperar a saúde; (d) métodos: SAE e procedimentos de enfermagem e (e) produtos: indivíduo saudável ou medidas paliativas para a morte digna do indivíduo. Compreender o processo de trabalho ajuda o enfermeiro a tomar decisões, prever e avaliar as consequências de sua prática profissional.	O processo de trabalho do enfermeiro deve estar alinhado com as atuais intervenções terapêuticas, de modo a estabelecer um plano terapêutico condizente com as reais necessidades do paciente.	Estão associadas à valorização das práticas da enfermagem como elemento articulador do processo de cuidar e implicam na prática reflexiva e na contextualização do cuidado no âmbito da enfermagem, contribuindo para o reconhecimento profissional, maior autonomia e visibilidade do enfermeiro. Torna o enfermeiro mais segura para exercer o seu papel profissional junto ao paciente, família e comunidade e junto a equipe hospitalar.

ELEMENTOS RECORRENTES DO BLOCO TEMÁTICO III. O PE E A SAE NOS CONTEXTOS SOCIOCULTURAL E ASSISTENCIAL: DIMENSÕES TEÓRICAS, PRÁTICAS E SOCIAIS.				
CLASSE 3. PE COMO EIXO ORGANIZADOR DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA NOVOS DO SER ENFERMEIRO E DO SABER E FAZER DA ENFERMAGEM				
CLASSE 3. GRUPO TEMÁTICO IX: ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO/ ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
CUIDAR EM ENFERMAGEM	Cuidado científico que evoluiu a partir da contribuição e influência da visão nightingaleana, enfermagem moderna com adoção de ações assistenciais baseadas nos princípios científicos e em uma metodologia científica de enfermagem	A organização do cuidado, parte da fase inicial da resolução de problemas, para a elaboração de teorias de enfermagem com incorporação e utilização de novas tecnologias em saúde que influenciaram no cuidar e no processo de enfermagem.	É realizado por profissionais de Enfermagem através de um conjunto de ações e procedimentos visando atender as necessidades dos clientes, famílias e comunidade de forma significativa para a manutenção e/ou recuperação da saúde.	Essas ações de cuidados podem ser fornecidas para todos os membros da comunidade, indivíduos, famílias nos locais de trabalho, domicílios, escolas, hospitais dentre outros.
ORGANIZAÇÃO DOS MODELOS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM	Envolve a capacidade da Enfermagem em conhecer e aplicar os padrões que norteiam as ações do cuidado de enfermagem realizadas pelos enfermeiros e demais membros da equipe de enfermagem. Define a missão, os objetivos e metas do serviço de enfermagem. A organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem e do cuidado de enfermagem envolve a adoção de métodos científicos voltados a SAE.	Resulta na aplicação de um conjunto de estratégias, instrumentos e ferramentas do processo administrativo, gerencial e assistencial fundamentadas por pressupostos teóricos para planejar e organizar as ações gerenciais e assistenciais realizadas pela Enfermagem.	A organização dos modelos assistenciais de enfermagem estão centradas na operacionalização da assistência de enfermagem, através do uso do PE como um instrumento metodológico para a execução e avaliação do cuidado de enfermagem prestado. Também descrevem a organização estrutural e funcional dos serviços de saúde, através do uso estratégias, instrumentos e ferramentas do processo administrativo, para planejar e organizar as ações gerenciais e assistenciais realizadas nos serviços de enfermagem. Esses modelos direcionam as ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro realizadas nos diferentes serviços de saúde.	Direciona todas as ações do cuidado de enfermagem realizadas pelos enfermeiros e demais profissionais de enfermagem nos diferentes serviços de saúde, seja hospitalar ou na comunidade.

CLASSE 3- GRUPO TEMÁTICO X: ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO.					
ELEMENTOS CONSTITUINTES		COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
		CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
ASPECTOS ORGANIZACIONAIS DO TRABALHO DE ENFERMAGEM		O método de trabalho da Enfermagem tem sustentação nos modelos teóricos dando origem a uma metodologia que sistematiza as ações e organiza o trabalho da equipe de enfermagem. Caracteriza-se por conjunto de conhecimentos, habilidades, competências e atitudes que irão subsidiar o enfermeiro na realização da assistência sistematizada e direcionada através da implementação do PE.	PE é privativo o enfermeiro. Envolve ações de avaliação contínua da operacionalização do PE, adaptando-o como um modelo teórico para resolver problemas administrativos e de liderança, com vistas a maior qualidade de cuidados prestados pela equipe de enfermagem. Envolve atitudes que auxiliam o processo de cuidar, assistir e atender ao paciente, família e comunidade.	O PE insere-se na organização do trabalho, pois ele implica em um planejamento mais amplo para que possa ocorrer de forma efetiva e eficaz. Melhora a comunicação entre a equipe e previne erros de omissões e repetições de ações desnecessárias	Abrange os aspectos da assistência de enfermagem abordados com conhecimento e práticas de gerencia, de recursos humanos e materiais, ambientais, dentre outros aspectos. Possibilita o enfermeiro ter um papel resolutivo e uma participação ativa durante todo o planejamento da assistência nos diversos cenários de saúde
PROCESSO TRABALHO DE ENFERMAGEM		Constitue instrumentos, atitudes, habilidades (física e mental) e conhecimentos para ações de cuidado, direto ou indireto, realizadas pelos profissionais de enfermagem que sustentam-se na sua formação profissional, na produção científica e filosófica e nas estratégias especializadas para facilitar o processo de trabalho gerencial e assistencial do enfermeiro. Tem impacto direto nos resultados das ações de cuidado, das relações interdisciplinares e da atuação e valorização do profissional de enfermagem.	Exerce ação direta na avaliação, planejamento, coordenação, atividade, execução, liderança, e coordenação das ações administrativas, gerenciais e assistenciais do enfermeiro.,	Diretamente direcionado para os serviços e unidades de saúde sendo essencial sua avaliação e atualização, quer com mudanças ou adaptações constantes nos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos clientes, família e comunidade e a produção de saúde.	Refere-se ao compromisso com a melhoria das condições de processo de trabalho de enfermagem durante a assistência direta ou indireta aos clientes, família e comunidade. Envolve diferentes ações e políticas de saúde, com utilização de medidas voltadas para o assistir, gerenciar, educar, cuidar, pesquisar de modo a estabelecer relações e interfaces de saberes à atividade laboral

CLASSE 3- GRUPO TEMÁTICO XI: IMPACTO DO USO DO PE NA PROFISSÃO E NA QUALIDADE DO CUIDADO				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
IMPACTO SOCIAL NA CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADO	Dizem respeito às ações realizadas pelo enfermeiro, durante sua prática profissional, para garantir, nas suas relações e interações com o paciente, família e comunidade na prestação de cuidados diferenciados. Constitui-se como um paradigma da Enfermagem, ajudando a torná-la uma ciência. A identificação e o direcionamento do cuidado estabelecem uma estrutura para tomadas de decisão, o que é considerado como a essência da Enfermagem, consolidando cada vez mais os pilares científicos da profissão.	Garantia de um cuidado holístico, integral, inovador sem perder o enfoque multidisciplinar e multidimensional da assistência ao paciente, família e comunidade.	Compreende tanto as ações que favorecem a atuação do enfermeiro ao permitir o conhecimento integral do indivíduo, quanto permite uma melhor organização do cuidado prestado, o que se relaciona à possibilidade de uma assistência mais qualificada e o reconhecimento profissional.	Subsidia condições para maior integração das ações de enfermagem que possam contribuir de forma racional e universal para a manutenção da saúde e para a determinação de sua área específica de atuação
IDENTIDADE PROFISSIONAL	A construção da identidade profissional dos enfermeiros e dos integrantes da equipe de enfermagem é marcada pelas características pessoais, evolutivas e pelo processo histórico da profissão. A identidade profissional inicia-se na formação, na possibilidade de transformações e mobilização social na medida em que se observa que a prática assistencial requer uma série de mudanças de atitudes envolvidas no processo de cuidar.	A identidade profissional vai desde o compromisso das instituições formadoras em desenvolver habilidades e competências específicas no estudante de enfermagem e no enfermeiro para utilizar o PE no cotidiano profissional, desde o reconhecimento profissional até sua responsabilidade social. Os elementos que descrevem a prática profissional são constituintes e demandam habilidades e capacidades psicomotoras, cognitivas, afetivas contendo também conhecimento e perícia no uso de técnicas de enfermagem e liderança para implementar o plano de intervenções.	Contribui para a melhora de níveis de saúde da sociedade e para a construção de uma profissão mais sólida, cada vez, mais empenhada nas práticas que garantam maior cientificidade e visibilidade profissional.	Está relacionada à inserção dos trabalhadores de enfermagem no ambiente de trabalho e as influências de suas ações no processo de saúde e doença envolvendo os aspectos sócios políticos e culturais dos diversos tipos de organizações dos serviços de saúde.

ELEMENTOS RECORRENTES DO BLOCO TEMÁTICO IV. SISTEMAS INFORMATIZADOS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE				
CLASSE 7: SISTEMAS INFORMATIZADOS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM NOS PRONTUÁRIOS				
CLASSE 7- GRUPO TEMÁTICO XII. SISTEMAS INFORMATIZADOS DE DOCUMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
SISTEMA INFORMATIZADO COMO SUPORTE À DOCUMENTAÇÃO	<p>É o produto composto por ferramentas do sistema informatizado com informações utilizadas para facilitar todo o registro das atividades assistenciais dos profissionais da equipe de saúde e da enfermagem nas instituições de saúde.</p> <p>Como ferramenta tecnológica permite o acesso imediato às informações, sendo considerado instrumento fundamental para a organização e avaliação dos serviços prestados pelas instituições de saúde, por conta de suas diversas finalidades, tais como: padronizar e organizar, de maneira concisa e sistematizada, os dados relativos a cada paciente, otimizando a assistência prestada por todos os membros da equipe.</p>	<p>Informações organizadas e disponibilizadas para o profissional de saúde que permitem o gerenciamento dos serviços, das atividades de auditoria como também, facilitam a negociação e a tomada de decisão, com gestão de forma harmoniosa das informações contidas nos sistemas informatizados.</p>	<p>São as ações voltadas para melhora da qualidade dos registros de enfermagem com informações mais completas, para que elas realmente contenham dados sobre os cuidados que foram realizados junto ao paciente, o que garante que os registros efetuados sejam parâmetros confiáveis para o alcance de níveis de excelência assistencial.</p>	<p>O uso sistemático dos registros informatizados dos procedimentos realizados e dos resultados obtidos com este cuidado é utilizado para avaliar a assistência de saúde.</p>

CLASSE 7- GRUPO TEMÁTICO XII. SISTEMAS INFORMATIZADOS DE DOCUMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
PE INFORMATIZADO	É uma ferramenta assistencial desenvolvida para os registros de informações sobre a prática assistencial de enfermagem, além de facilitar a operacionalização da sistematização da assistência de enfermagem. O prontuário eletrônico tem sido utilizado também como uma alternativa no apoio ao desenvolvimento do PE, oportunizando integrá-lo em uma estrutura lógica de dados, informação e conhecimento para a tomada de decisão do cuidado sistematizado.	Consiste em uma ferramenta eletrônica para introdução e acesso rápido de dados, ajuda a reduzir erros e padronizar os planos de cuidados, de modo que os maiores beneficiados por esse sistema sejam para os profissionais de enfermagem, pois são responsáveis pela maioria das informações contidas no prontuário do paciente.	PE por meio do prontuário eletrônico permite o registro de todas as suas fases, devendo ser anotadas no prontuário do paciente as informações completas, desde o histórico, exame físico, diagnósticos de enfermagem, prescrição da assistência, até a evolução e avaliação de enfermagem o que favorece a continuidade dos cuidados prestados. Permite a comunicação entre profissionais de saúde e de enfermagem, a melhoria da qualidade assistencial e, a visibilidade com benefícios para o cliente, para o serviço e para a ciência da Enfermagem.	A utilização da tecnologia da informação e a implementação da SAE e do PE por prontuário eletrônico são indispensáveis para a prática de enfermagem nos dias atuais. É provável que a efetivação do PE possa ser promovida e facilitada com a utilização dos recursos da tecnologia da informação como, por exemplo, a inserção de protocolos específicos da sistematização da assistência nos serviços de saúde.
INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	Consiste em uma ferramenta de suporte para avaliação do cuidado, ajudando a reduzir erros e padronizando os planos de cuidados. Podem funcionar como uma ferramenta de apoio aos serviços de gestão e de qualidade, por fornecer dados para a avaliação dos diagnósticos, das intervenções, da evolução clínica e dos resultados, além de facilitar o registro da carga de trabalho, na prestação da assistência.	Consiste em um instrumento fundamental para auxiliar a avaliação da produtividade e do desempenho individual e coletivo da Enfermagem. Os registros devem ser realizados desde a admissão do paciente até sua alta, o que permite a continuidade do cuidado e a avaliação da assistência prestada.	Na área de enfermagem especificamente, os avanços da informática visam também aumentar o tempo disponível do profissional para as atividades relacionadas ao cuidado, o que proporciona uma assistência mais humanizada. O registro informatizado reside em apresentar de forma clara as necessidades e situação de saúde do paciente, bem como as condutas clínicas de cuidar que foram implementadas e a avaliação contínua do cuidado prestado.	Nos serviços de saúde, a grande parte das informações é realizada pela equipe de enfermagem, pois no seu processo de trabalho são gerados a todo o momento, dados decorrentes das atividades assistenciais e gerenciais referentes às diferentes dimensões da assistência prestada pelas equipes de profissionais de saúde. Assim, registrar é uma responsabilidade profissional e social de todos os profissionais da equipe de enfermagem envolvidos no processo assistencial.

CLASSE 7- GRUPO TEMÁTICO XII. SISTEMAS INFORMATIZADOS DE DOCUMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NO USO DE SISTEMAS INFORMATIZADOS	Dizem respeito às responsabilidades éticas e legais do uso dos registros informatizados pelos profissionais da equipe de enfermagem nos serviços de saúde.	Estão relacionados a atitudes que demonstram que o registro pode interferir negativamente caso seja negligenciado alguns aspectos importantes, como, por exemplo, a confiabilidade, clareza e objetividade das informações registradas no prontuário. Os profissionais devem compreender que o registro ilegível interfere negativamente na interpretação de informações do prontuário podendo levar a prejuízos, comprometer a segurança do cliente e a comunicação entre a equipe.	As falhas de comunicação entre os membros da equipe podem prejudicar o usuário, acarretando uma descontinuidade da assistência. Todo o registro realizado no prontuário do cliente constitui-se num documento legal. Logo deve ser escrito com letra legível, de forma que permita a compreensão do texto e da mensagem.	São as ações relacionadas ao cumprimento dos aspectos éticos e legais que envolvem as anotações e registros dos profissionais de saúde e de enfermagem durante a assistência prestada nos diferentes ambientes terapêuticos.
DIFICULDADES PARA OS REGISTROS INFORMATIZADOS	Dizem respeito à descrição dos aspectos negativos referentes ao uso do sistema de documentação informatizado para os registros dos profissionais da equipe de enfermagem. Esta prática ainda não está incorporada na realidade brasileira, seja por ausência de investimentos na área da informatização dos serviços de saúde, seja pela própria resistência e dificuldade de alguns profissionais em realizar os registros das diversas documentações e de implementar eficazmente todas as etapas da PE.	Este tipo de tecnologia nem sempre é aceita por todos e há dificuldades dos enfermeiros na implementação do método decorrentes de aspectos éticos, falta de padronização, de conhecimento, manuseio ineficiente dos softwares ou lentidão demasiada de alguns sistemas levando maior tempo para os registros das atividades da equipe de enfermagem.	Apesar do sistema estar relacionado como um dos principais instrumentos de comunicação, o mesmo pode dificultar a troca de informações entre as equipes envolvidas no cuidado ao cliente, caso não haja treinamento e capacitação de todos os membros envolvidos na prestação do cuidado, o que atrasa e dificulta o seu uso na prática assistencial.	O sistema ainda está longe de ser implementado com propriedade em sua totalidade, uma vez que a realização sistematizada do PE e dos registros em todas as suas etapas, imprescindíveis para sua consolidação, ainda não é uma rotina na prática assistencial do enfermeiro em muitas instituições.

CLASSE 7- GRUPO TEMÁTICO XII. SISTEMAS INFORMATIZADOS DE DOCUMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
FACILIDADES PARA OS REGISTROS INFORMATIZADOS	Dizem respeito à descrição dos aspectos positivos referentes ao uso do sistema de documentação informatizado para os registros dos profissionais da equipe de enfermagem. As informações são registradas, classificadas, organizadas, armazenadas e se tornam disponíveis para consulta informatizada. São coletadas a partir dos registros de enfermagem e armazenadas nos prontuários do paciente e em outros relatórios pertinentes	A experiência com o uso do prontuário eletrônico mostrou que ele facilita a prática efetiva da SAE e do PE nos serviços de saúde e o acesso rápido às informações por todos os membros da equipe. Envolve o ato de documentar melhor sua prática profissional frente a sociedade e equipe inter e intradisciplinar e, principalmente, como recursos para proporcionar a melhoria da qualidade da assistência.	No sistema de documentação os registros informatizados foram mais bem avaliados pelos profissionais de vários segmentos do serviço de saúde do que os formulários com descrições manuais, também se observou que os registros dos cuidados prestados e seus resultados obtiveram maior frequência e maior precisão quando foram realizados de forma eletrônica.	A utilização dos sistemas informatizados nos serviços de saúde melhorou significativamente a comunicação e a documentação de enfermagem, e os enfermeiros relataram um aumento de satisfação com a documentação e com a atividade do registro do PE após a implementação do sistema na instituição de saúde.
SISTEMAS DE INFORMAÇÕES E AS CLASSIFICAÇÕES DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	É o resultado de estudos na tentativa de identificar os conceitos próprios da profissão para a universalização e padronização de uma classificação que represente a prática de enfermagem e que vem sendo consolidada mundialmente como uma das tendências para criar uniformidade para a comunicação e a troca de informações entre enfermeiras que visa representar a prática de enfermagem nos Sistemas de Informação em Saúde. São produtos que surgiram da necessidade de construir um vocabulário próprio, consensual e objetivo para a sua prática da Enfermagem.	As classificações das práticas de enfermagem fornecem à enfermagem um vocabulário e um sistema de classificação que possa ser utilizado nos sistemas de informação computadorizado. Já foram desenvolvidas as classificações contendo os elementos essenciais da prática profissional (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem) com alcance internacional.	Descreve a contribuição específica da Enfermagem para a solução, alívio e prevenção de problemas de saúde, e para a promoção de modos saudáveis de vida. As classificações geram padrões de ligação entre diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados o que facilita o enfermeiro na avaliação do cuidado prestado, na identificação da necessidade do paciente e no plano de ação mais direcionado com intervenções mais precisas e com melhores resultados.	A classificação internacional das práticas de enfermagem estimula o desenvolvimento de pesquisas nas diversas áreas de atuação dos enfermeiros, contribuindo assim para o desenvolvimento e refinamento da linguagem padronizada e informatizada em enfermagem nos ambientes de saúde.

CLASSE 7- GRUPO TEMÁTICO XIII. SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÕES DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
SISTEMAS PADRONIZADOS PARA OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	São constituídos por uma estrutura teórica contendo a categorização das atividades assistências podendo ter uma ou mais classificações de enfermagem, como identificação dos diagnósticos de enfermagem ou das condições que necessitam de cuidados de enfermagem. Podem ser classificados como um modelo operacional para a assistência ao paciente, família e comunidade, favorecendo o desenvolvimento de conceitos e sistemas de classificação. A utilização desses sistemas de classificação na prática de enfermagem tem mobilizado os enfermeiros em todo o mundo.	Podem ser considerado um avanço tecnológico para os serviços de saúde. Na Enfermagem tende a auxiliar no desafio de universalizar sua linguagem profissional, representando maior visibilidade para os elementos da sua prática profissional.	Os dados do paciente são classificados, organizados e armazenados de forma a ficarem disponíveis para consulta informatizada, auxiliando na análise da situação de saúde, no desempenho do trabalho da enfermagem, seja ele, assistencial, gerencial, educativo ou de pesquisa.	São ferramentas para a assistência, gestão e controle nos diferentes ambientes, nos quais a prática profissional ocorre, sejam em instituições hospitalares, ambulatoriais, comunitárias, de ensino, serviços, associações, empresas, domicílios, casas de repouso, dentre outras.
PADRONIZAÇÃO DAS CLASSIFICAÇÕES DA TAXONOMIA DA NANDA, NIC E NOC.	São terminologias para a documentação do PE, já com diversas classificações existentes para a padronização de suas etapas: NANDA para diagnósticos de enfermagem, a NIC para o planejamento dos cuidados de enfermagem, OMAHA SYSTEM e HOME HEALTH CARE CLASSIFICATION para a assistência domiciliar, NOC para os resultados dos cuidados de enfermagem e CIPE para a classificação internacional da prática de enfermagem.	As taxonomias já existentes podem ser consideradas um recurso que proporciona a utilização, divulgação e avaliação da CIPE, através do uso combinado do diagnóstico de enfermagem, intervenções e resultados operacionalizando os registros das todas as etapas do PE na documentação da prática profissional.	As classificações padronizadas melhoram significativamente as habilidades diagnósticas do enfermeiro, pois facilitam o julgamento clínico, ajuda a escolher e priorizar as intervenções de enfermagem mais adequadas para melhor qualificar o processo de cuidar.	Nos ambientes de saúde onde as taxonomias são utilizadas os gestores devem promover atividades educativas para permitir maior familiaridade dos profissionais da equipe de enfermagem com os sistemas informatizados, capacitação para maior domínio dos sistemas, além de estímulo para identificação de novos fenômenos de enfermagem e a participação mais ativa na revisão sistemática dos termos presentes nas taxonomias da NANDA, NIC, NOC e da CIPE, dentre outras condutas.

ELEMENTOS RECORRENTES DO BLOCO TEMÁTICO V: A PRÁTICA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE				
CLASSE 5: REGISTROS DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE				
CLASSE 5- GRUPO TEMÁTICO XIV: O USO E A NATUREZA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
A NATUREZA DOS REGISTROS	São considerados fundamentais em todo o processo de cuidar, por isso devem ser precisos, expressando com fidedignidade os cuidados prestados ao paciente desde o momento de sua admissão até a sua alta da instituição. Todas as respostas dos pacientes ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, bem como qualquer tipo de ocorrência e intervenção realizada pela equipe de saúde deve merecer atenção dos profissionais no que se refere ao registro dos fatos.	Em relação aos registros de enfermagem no prontuário, eles devem incluir a declaração dos problemas referidos pelos pacientes, os diagnósticos, os tratamentos e as respostas tanto a assistência médica como a assistência de enfermagem.	No que se refere tanto aos aspectos qualitativos quanto aos quantitativos os registros estão diretamente relacionados à assistência e qualidade dos cuidados prestados.	Os registros garantem a comunicação entre os membros das equipes de saúde, profissionais responsáveis pelo cuidado ao paciente e a avaliação dos aspectos organizacionais, operacionais e financeiros das instituições.
REGISTROS DE ENFERMAGEM COMO INDICADOR DE QUALIDADE	O ato de registrar é fundamental para a qualidade dos processos de auditoria nas instituições e serviços de saúde. As instituições passaram a se preocupar em utilizar a auditoria e os padrões de qualidade, de forma contínua em suas organizações e para isso necessitam dos registros como fonte de informação. A enfermagem dentre as equipes de profissionais de saúde, é a que mais utiliza esta forma de comunicação. Pela sua própria característica de trabalho, são responsáveis por uma quantidade maior de registros e anotações nos prontuários do paciente.	Os registros de enfermagem, quando escassos e inadequados, comprometem a assistência prestada ao paciente, bem como à instituição e à equipe de enfermagem. Há um comprometimento da segurança e do cuidado ao paciente, prejudicando a mensuração dos resultados assistenciais advindos da prática do enfermeiro.	Os registros são essenciais na avaliação das atividades do enfermeiro porque são empregados em todas as situações das etapas do PE como: na entrevista, no exame físico, no planejamento da assistência, nas prescrições dos cuidados, nas anotações dos procedimentos realizados pelos membros da equipe, na avaliação dos cuidados e nas orientações dadas ao paciente, família e comunidade.	A prática dos registros passou a ser obrigatória como um instrumento para avaliar a qualidade dos serviços prestados aos pacientes e a sociedade, o que fez surgir a necessidade de qualificar um profissional de saúde para exercer esta função nas instituições que prestam serviços de saúde públicos ou privados. Esta nova necessidade abriu um novo campo profissional para a Enfermagem nas equipes de auditoria nas diversas instituições que prestam cuidados de enfermagem.

CLASSE 5- GRUPO TEMÁTICO XIV: O USO E A NATUREZA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
AUDITORIA: USO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	É uma ferramenta gerencial utilizada pelos enfermeiros para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem e os custos gerados pela prestação desta atividade, cujo foco principal é sua dimensão contábil, nela são usados os registros como uma das principais fontes de informação.	O auditor no exercício de suas funções deve ter visão holística, ter conhecimento sobre os indicadores da qualidade de gestão, de assistência e dos aspectos quântico-econômico-financeiro, não perdendo de vista o bem-estar do ser humano enquanto paciente/cliente.	Compreende as atividades de registro de informações exatas, atualizadas, claras e objetivas, que expressam com fidedignidade todos os cuidados prestados pela equipe de saúde.	Envolve a conscientização de toda equipe de enfermagem sobre a importância da prática do registro para o paciente, a instituição e o profissional de saúde.
CLASSE 5- GRUPO TEMÁTICO XV: OS REGISTROS DAS ETAPAS DO PE E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM				
IMPLICAÇÕES DOS REGISTROS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL	Compreende uma série de atitudes dos enfermeiros frente aos registros efetuados no prontuário. Pouco ou nenhum registro sistemático pode resultar, por um lado, em ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional; por outro, o que é talvez mais sério, em ausência ou dificuldade de avaliação de sua prática. A falta de um protocolo, impresso e/ou papel específico para os registros das etapas do PE pode ser um dos fatores que contribuem para que o enfermeiro negligencie esta atividade.	PE deve conter registros descritos de forma clara e objetiva, contendo as evoluções, reações e preocupações do paciente. Nestes registros a equipe de enfermagem deve utilizar termos que explicam os fatos de forma sistemática, descrevendo todas as intervenções e respostas do paciente.	Ação de registrar visa garantir um cuidado de qualidade onde o enfermeiro deve avaliar de forma contínua todas as informações escritas no prontuário, pois elas refletem a necessidade de cuidado, o atendimento realizado pela equipe de saúde e a avaliação do tratamento prestado, o que vai determinar a mudança ou manutenção do plano assistencial do paciente.	A prática das anotações e dos registros merece atenção redobrada de todos os profissionais da equipe de saúde, principalmente, dos membros da equipe de enfermagem, para que seja garantido o direito do indivíduo quanto a prestação de uma assistência de qualidade nos diversos de saúde.
REGISTRO DAS ETAPAS DO PE	Refere-se ao registro das etapas do PE realizado pelos profissionais da equipe de enfermagem. A falta de registro de qualquer etapa do PE gera uma lacuna na avaliação da assistência, o que pode ter consequências desastrosas, sejam elas no campo assistencial ou no campo gerencial, o que dificulta a implementação da SAE na instituição de saúde.	Sustentam-se no fato de que o registro de todas as etapas do PE disponibiliza os dados sobre a assistência prestada e sobre a evolução do estado geral do paciente, contribuindo para a implementação do cuidado integral e holístico.	Os registros das etapas do PE são elementos imprescindíveis na sistematização da assistência, pois quando redigidos de maneira correta retratam a realidade e qualidade dos cuidados prestados.	Os dados extraídos dos registros de todas as etapas do PE envolvem todos os profissionais de saúde, fornecendo informações para construção de indicadores de qualidade de assistência além de dar subsídio para o desenvolvimento de outras áreas de atuação da Enfermagem como a pesquisa e o ensino.
CLASSE 6. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DAS ANOTAÇÕES E DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM				

CLASSE 6.GRUPO TEMÁTICO XVI: AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE SAÚDE				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
AVALIAÇÃO DOS REGISTROS E DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Configura-se em atividades de avaliação dos dados registrados no prontuário realizadas em diferentes situações como, por exemplo, nas pesquisas, auditorias, processos jurídicos, organização dos serviços, avaliação da atuação profissional, identificação de lacunas na assistência, planejamento de recursos, planejamento do cuidado, dentre outros. São elementos essenciais no processo de cuidado visto que conseguem retratar e qualificar a realidade da assistência prestada.	Como um instrumento de avaliação da prática profissional de enfermagem, os registros e as anotações, proporciona suporte teórico e agrega valor científico à organização das ações de prestação de cuidado.	A avaliação dos registros é essencial para que o enfermeiro compreenda e apreenda a forma como o processo de comunicação ocorre na assistência de enfermagem e como é primordial que os elementos que compõem o processo de cuidar sejam registrados.	A preocupação com a forma de se registrar as atividades dos profissionais ainda é incipiente ou inexistente nas instituições de saúde. No entanto, a avaliação destes registros é considerada como o mais importante indicador assistencial e epidemiológico contribuindo também para a avaliação do sistema de saúde.
CARACTERIZAÇÃO DAS ANOTAÇÕES E DOS REGISTROS DA EQUIPE DE SAÚDE NAS UNIDADES HOSPITALARES	Estão relacionadas a identificação das características principais que devem ou não serem observadas durante o ato de registrar e/ou anotar no prontuário do paciente nas unidades hospitalares.	Compreensão de que o registro e anotações devem refletir com clareza e objetividade o estado clínico dos pacientes, bem como as ações e procedimentos realizados pela equipe de enfermagem. Quanto às características indesejáveis destaca-se a falta de coerência das anotações, ausência de registros dos profissionais, em alguma fase do processo de cuidar nos prontuários, ausência de protocolos assistenciais ou preenchimento inadequado dos mesmos para a sistematização das etapas do PE.	As anotações e os registros de enfermagem devem servir como instrumento indispensável para o enfermeiro no processo de tomada de decisão. A ausência ou pouca qualidade nos registros pode implicar, entre outras coisas, na duplicação de procedimentos executados, na dificuldade de acompanhamento dos cuidados prestados, e até na não execução de determinada atividade, o que pode colocar em risco a própria recuperação do paciente.	Não realização dos registros e das anotações de enfermagem, ou a realização de forma inadequada, explicita uma assistência descomprometida com o cuidado, além de trazer danos para a instituição de saúde e dificuldade para constatar a assistência prestada pelo enfermeiro e sua equipe.

CLASSE 6 GRUPO TEMÁTICO XVII: ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
ASPECTOS LEGAIS DOS REGISTROS	<p>Configura-se em um conjunto de leis, normativas, decisões e resoluções criadas pelos órgãos que representam a profissão de enfermagem nos diversos níveis de atuação que dispõem, dentre outras coisas, que os profissionais de enfermagem nas suas responsabilidades e deveres devem registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.</p> <p>Ressalta-se que não se devem deixar espaços em branco em uma anotação, pois nesse espaço qualquer pessoa pode acrescentar anotações incorretas; o profissional de enfermagem não deve confiar na memória ao registrar a informação e os acontecimentos ocorridos com o paciente, devendo realizar a anotação imediatamente após o fato tenha ocorrido, caso o enfermeiro questione uma prescrição, ele deverá anotar o fato e sempre deverá fazer todas as anotações pessoalmente, nunca delegar para outra pessoa da equipe.</p>	<p>Sustentam-se no fato que é de responsabilidade dos profissionais da equipe de enfermagem realizar os registros e anotações referentes a todos os procedimentos e qualquer outro dado que seja inerente ao paciente, de forma a atender aos aspectos legais da profissão. O registro de enfermagem é considerado corretamente preenchido e avaliado como de boa qualidade se for escrito com letra legível, devidamente assinado e carimbado, com informações de forma clara, descritiva, pontual, sem rasuras e deve obedecer a cronologia dos fatos.</p>	<p>O descaso com o registro sistemático dos elementos da assistência pode resultar, por um lado, em ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional; por outro, o que é talvez mais sério, em ausência ou dificuldade de avaliação de sua prática.</p>	<p>O registro tem sido o principal documento de defesa da equipe de saúde nos casos de denúncias por mau atendimento com indícios de imperícia, imprudência ou negligência.</p>

CLASSE 6 GRUPO TEMÁTICO XVII: ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM				
ELEMENTOS CONSTITUINTES	COMPONENTES PRINCIPAIS		COMPONENTES COMPLEMENTARES	
	CONTEÚDO	ATRIBUTOS	CONTINENTE	ABRANGÊNCIA
ASPECTOS ÉTICOS DOS REGISTROS	Dizem respeito aos aspectos éticos que são inerentes ao registro que os profissionais de enfermagem realizam nos prontuários de todos os pacientes, onde algumas medidas precisam ser conhecidas pelos profissionais. São elementos imprescindíveis no processo de cuidado humano visto que, quando redigidos de maneira que retratam a realidade a ser documentada, possibilitam à comunicação permanente, podendo destinar-se a diversos fins, como: pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento, avaliação do cuidado, gestão de recursos, dentre outros.	Para permitir a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem em suas diferentes fases, o registro deve constar de impressos devidamente identificados com dados do paciente, com data e horários específicos, ser claro, objetivo, com identificação do autor, feito de forma legível, sem rasuras, fazer parte do prontuário do paciente e favorecer elementos administrativos e clínicos para a auditoria de enfermagem.	Estão voltados para o fato de que a falta ou inadequação do registro de uma ou mais etapas do PE, contribuem para a fragmentação do cuidado Estudos apontam para o fato de que as maiores dificuldades encontradas nos registros da equipe de enfermagem foram devido à falta de conhecimento na aplicação do PE, que leva ao preenchimento incompleto de todas as suas etapas.	Os registros de enfermagem além de permitirem a efetividade do processo de comunicação, possibilitam que a assistência de enfermagem seja avaliada. Para isto, faz-se necessário que os registros sejam valorizados e realizados com qualidade, ou seja, com fidedignidade das informações, coerência, de acordo com as reais condições do paciente e com o relato dos cuidados prestados de fato, permeando todas as ações de cuidado de enfermagem realizadas nos diferentes ambientes terapêuticos.