



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

**GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM
COM PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS:
A PRÁTICA EM ENFERMAGEM E SUA INTERFACE
COM A TECNOLOGIA EM SAÚDE**

GRACIELE OROSKI PAES

Rio de Janeiro

2011

GRACIELE OROSKI PAES

**GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM
COM PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS:
A PRÁTICA EM ENFERMAGEM E SUA INTERFACE
COM A TECNOLOGIA EM SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Josete Luzia Leite

Rio de Janeiro
2011

Paes, Graciele Oroski

Gerenciando o cuidado de enfermagem com protocolos assistenciais: a
práxis em enfermagem e sua interface com a tecnologia em saúde / Graciele
Oroski Paes. – Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2011.

xvii. 226 f.: il.: 31 cm.

Orientador: Joséte Luzia Leite.

Tese (Doutorado) – UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery /
Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2011.

Referências Bibliográficas: f. 197-209.

1. Tecnologia em Saúde. 2. Diretrizes. 3. Cuidados
de enfermagem. 4. Gerenciamento em Enfermagem. I. Leite, Joséte Luzia.
II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna
Nery, Programa de Pós Graduação em Enfermagem
III. Título.

CDD – 610.73

Todos os direitos reservados de acordo com a convenção internacional de direitos autorais. Nenhuma parte desta tese pode ser reproduzida ou utilizada seja por que meios forem – eletrônicos ou mecânicos, inclusive fotocópias ou gravações, ou por sistemas de armazenagem e recuperação de dados – sem o consentimento por escrito do autor.

GRACIELE OROSKI PAES

**GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM COM
PROTOSCOLOS ASSISTENCIAIS:
A PRÁXIS EM ENFERMAGEM E SUA INTERFACE
COM A TECNOLOGIA EM SAÚDE**

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

APROVADA.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2011.

BANCA

Prof^a Dr^a Joséte Luzia Leite. UFRJ/EEAN. Orientadora.
Presidente.

Dr^a Leila Milman Alcantara. Marinha do Brasil.

Prof^a Dr^a Alacoque Lorenzini Erdmann. UFSC.

Prof^a Dr^a Neide Aparecida Titonelli Alvin. UFRJ.

Prof^a Dr^a Marluci Andrade Conceição Stipp UFRJ.

Prof^a Dr^a Patrícia dos Santos Claro Fuly. UFF.
[Suplente].

Prof^a Dr^a Nereida Lúcia Palko dos Santos UFRJ.
[Suplente].



Tela: A Árvore da Vida (Gustav Klimt)

Dedicatória

*Dedico esta tese e estas singelas palavras a você, Meu Rei, querido, amado
e eterno pai: Celso da Silva Paes.*

Ao meu pai (*in memoriam*) que, em 19 anos (in vida), mostrou-me a definição de um verdadeiro companheiro e amigo. Alguém dotado de uma positividade e uma alegria interior tão grandiosas, que conseguia extrair das tragédias e desafios o estímulo e a esperança, quando falava de amor e de vida. Alguém que nas mais complicadas e diversas situações por mim experienciadas, dedicou seus horários de serviço e descanso para contribuir com tal sonho, o de cursar Enfermagem em uma universidade pública... Nesse momento, meu pai disse: “Minha filha agora é doutora...” – ele sentira no âmago da sua simplicidade que um dia estaria aqui comigo...

Quando por Deus foi honrado com uma nova vida, fiquei desnorteadada, tinha acabado de perder o pai que tanto amo. Infelizmente, não estive fisicamente presente em dias tão sonhados e hoje alcançados: minha formatura na faculdade, a almejada defesa do mestrado e, hoje, a trajetória selada com a defesa e a conquista do prestigioso título de Doutora em Enfermagem... Quando subir ao palco para receber o meu título, sentir-te-ei ao meu lado: belo, sorrindo e feliz. Sentirei tua mão carinhosa afagar meus cabelos e, nesse instante, te abraçarei em silêncio, sorrirei para ti e deixarei fluir esta emoção, em misto de imensa alegria e saudade. E hei de ser fiel aos teus princípios, pois tudo o que me ensinaste resulta em todo este meu trabalho.

Te amo, Meu Grande REI !!!

Graciele Oroski Paes (Sua eterna “Ié”)

*É tão estranho
Os bons morrem jovens
Assim parece ser
Quando me lembro de você
Que acabou indo embora
Cedo demais*

*Quando eu lhe dizia
Me apaixono todo dia
É sempre a pessoa errada
Você sorriu e disse
Eu gosto de você também
Só que você foi embora...
Cedo demais!*

*Eu continuo aqui
Meu trabalho e meus
amigos
E me lembro de você
Em dias assim
Dia de chuva
Dia de sol
E o que sinto não sei dizer...*

*Vai com os anjos
Vai em paz
Era assim todo dia de tarde
A descoberta da amizade
Até a próxima vez...*

*É tão estranho
Os bons morrem antes
Me lembro de você
E de tanta gente que se foi
Cedo demais!
E cedo demais...*

*Eu aprendi a ter
Tudo o que sempre quis
Só não aprendi a perder
E eu que tive um começo
feliz...*

Do resto não sei dizer

*Lembro das tardes que
passamos juntos
Não é sempre mais eu sei
Que você está bem agora
Só que neste Ano
O verão acabou.
Cedo demais!*

(Renato Russo)



Tela: A Noite Estrelada (Vicent van Gogh)



Agradecimentos

AGRADECIMENTOS FRATERNOS...

Agradeço de todo coração...

A Deus, por ter me conduzido à vida, à saúde, à minha família, aos meus amigos, aos livros, à justiça, a fé, à enfermagem, aos verdadeiros amores...

À minha mãe e grande amiga, Dona Neném, como prefere ser chamada, exemplo de dedicação, resignação, apreço e, sobretudo, confiança em sua filha. Alguém que, em todas as circunstâncias, por mais incabíveis para os limites da coerência, sempre dispensou um comentário tão enigmático quanto profético de que eu saberia o que fazer na hora certa. Por todos os momentos de luta e enfrentamento, por cuidar de mim até hoje... AMO VOCÊ, MINHA MÃE!!!

A minha irmã, Tiquinho, como carinhosamente prefiro chamá-la, que, em momentos difíceis de caminhar sozinha, segurou minha mão e me ajudou a reconstruir o caminho. Por me conceder a possibilidade de ser/estar ora criança, ora mãe, ora dinda, através da Emilly, minha tão amada sobrinha e “afilhota” ... AMO VOCÊ, MINHA IRMÃ!!!

Aos meus afilhados, Emilly; Larissa e Ian, que me permitiram (re)visitar o sentido de ser “pequena outra vez” e admirar no belo sorriso a singeleza de uma criança...

À minha família, especialmente à minha Tia Cacilda, ao Tio Tuninho; e com grato carinho, ao querido primo Wendel que, com sua criatividade e inteligência, por muitas vezes me socorreu dos apuros das novidades tecnológicas... Obrigada, primo!

A Simone Mendes Carvalho e Maria da Conceição Samu Pezzi (Mary), sem vocês eu ainda estaria pensando em fazer a prova de proficiência... Obrigada pelo apoio antes e durante; e sei que, para sempre, estaremos juntas! Migaaaaaaa!!!

Aos amigos(as) Renata (também comadre), Leandra e Andréa Ximemes (amigas B-ravo M-ike), Gislayne e Kiko (afilhados grandes) que, por anos, estiveram a meu lado e continuam torcendo por mim...

As amigas Marluci Stipp e Francimar Tinoco que, desde quando nos aproximamos, compartilharam de momentos singulares da minha vida... A amizade de vocês é muito importante para mim, e quero que saibam que podem contar sempre comigo... Beijocas nas minhas queridonas!!!

Aos amigos e colegas que colaboraram em mais essa etapa da minha vida... Minhas congratulações...

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS...

Aproveito para reiterar o meu sincero agradecimento àqueles que me incentivaram, encorajaram e apoiaram para que o tão almejado Título de Doutor se consolidasse...

Agradeço, em primeiro lugar, à minha querida professora e orientadora, Prof^a Dr^a Joséte Luzia Leite, pelo acolhimento duplo: o desafio de me orientar e de me adotar como uma das suas “filhas”... Pela sua singeleza, peculiaridade que mais admiro. Pelos momentos difíceis que enfrentei, devo considerar a importância e competência da minha orientadora, durante esses períodos, que compreendeu as dificuldades e de forma brilhante conduziu-me ao aprendizado e à continuidade dos estudos... Também, pelas orações e palavras: “Grace... você vai conseguir!”

Ao GESPEN, grupo de pesquisa no qual estou inserida por adesão temática da tese, que, ao conceder a oportunidade da minha participação, gerou forte vínculo acadêmico, afetivo e profissional com seus integrantes...

A Prof^a Dr^a Alacoque Lorenzini Erdmann que, a todo instante, empenhou-se, sem restrições, para que minha experiência no estágio “sanduíche” de doutorado se efetivasse da melhor forma possível...

Aos integrantes do GEPADES que acolhedoramente me receberam e tornaram a minha estada em Florianópolis (SC) agradabilíssima. Tais pessoas, com a simplicidade que lhes é peculiar, harmonicamente aliaram nossos encontros formais acadêmicos a discussões informais do cotidiano...

À Coordenação Geral e Coordenação do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação da EEAN, da UFRJ, juntamente com sua equipe (Sônia e Jorge), pelo incentivo e investimentos para a consolidação desse almejado sonho...

À Chefia e ao Corpo Deliberativo do Departamento de Enfermagem Fundamental (DEF), da EEAN, que, primando pela qualificação docente em prol de um

ensino de qualidade, viabilizaram muitas oportunidades para que pudesse desbravar esse caminho da forma menos árdua possível...

Aos colegas do Programa Curricular Interdepartamental VII: Alexandre Oliveira, Marta Sauthier, Marcos Brandão, Juliana Faria Campos, Flávia Araújo, Rafael Celestino, Monica Sequeira e Amanda Coury, que foram grandes companheiros para sustentar todas as angústias e ausências que esse doutorado me impôs. Obrigada pela disponibilidade de ajuda nos momentos de apuros.

Aos meus queridos alunos e orientandos de graduação que, pacientemente, souberam compreender meus momentos de silêncio e reclusão. Agradeço pelas experiências compartilhadas. Vocês geram movimento na minha vida... Enchem meu coração de ânimo e regozijo, em prol de uma enfermagem autêntica e feliz... “Missão dada... é missão cumprida!”

Aos mestres enfermeiros que participaram prontamente desse estudo... Serei eternamente grata pela disponibilidade e pelas contribuições a essa tese. Fraternal abraço...

A todos os colegas de turma do doutorado 2009.1, na Escola de Enfermagem Anna Nery.

E a todos os amigos e colegas da EEAN, da UFRJ, pelo incentivo e confiança.

RESUMO

PAES, Graciele Oroski. **Gerenciando o cuidado de enfermagem com protocolos assistenciais**: a práxis em enfermagem e sua interface com a tecnologia em saúde. 2011. 226f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2011.

Tese de doutorado que versa sobre a utilização de protocolos assistenciais aplicada ao gerenciamento do cuidado e sua interface com a tecnologia em saúde. Como corolário, o objeto da pesquisa geradora desta tese tratou do significado da incorporação de protocolos assistenciais ao gerenciamento de enfermagem e suas implicações. Os objetivos da pesquisa foram: apreender o significado da incorporação de protocolos assistenciais e sua aplicabilidade ao gerenciamento do cuidado de enfermagem; construir uma Matriz Teórica Formal do gerenciamento do cuidado de enfermagem baseado em protocolos assistenciais. A metodologia contemplou uma abordagem qualitativa subsidiada pelo referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), com análise pautada pelo referencial teórico do Interacionismo Simbólico e de autores que tratassem do eixo temático para apreensão do fenômeno e chegada ao modelo teórico. Foram associadas duas técnicas para leitura dos achados: a entrevista e a vinheta, com os respectivos instrumentos: roteiro de entrevista e protocolo assistencial modelo. Foram selecionados dois grupos amostrais, o primeiro com três mestres em enfermagem e o segundo, composto de três gerentes de enfermagem. Como resultados, foram geradas cinco categorias dispostas segundo modelo paradigmático de referência: como *condição causal*, tem-se a categoria 1: *(Re)conhecendo as tecnologias aplicadas ao cuidado de enfermagem*. Como *condição interveniente*, emergiu a categoria 2 – *Os protocolos de enfermagem e suas particularidades*. Representando o *contexto*, foi gerada a categoria 3: *Os protocolos como tecnologia aplicada à saúde*. As *estratégias de ação e interação* estão compreendidos na categoria 4: *Gerenciando o cuidado de enfermagem com protocolos*. E como *consequência*, a categoria que mais se adequou foi a quinta: *O cuidado legitimado gerando autonomia profissional*. Da interconexão destes cinco constructos, pôde-se indicar o fenômeno central: Os protocolos são ferramentas facilitadoras assistenciais de enfermagem como tecnologia aplicada ao gerenciamento do cuidado. Dessa forma, as hipóteses sugeridas no decorrer da pesquisa – a) os protocolos são ferramentas facilitadoras do gerenciamento do cuidado em enfermagem; e b) protocolo assistencial, por ser processo de enfermagem aplicado, configura-se como tecnologia em saúde – confirmaram-se, após a análise dos dados e a validação da Matriz Teórica Substantiva. Considerando a condição fenomênica representada pela Matriz Teórica Formal da pesquisa, foi possível inferir a seguinte tese: *Os protocolos assistenciais são ferramentas tecnológicas em saúde aplicadas ao gerenciamento do cuidado, pois trazem em sua formulação etapas processuais do saber-agir de enfermagem, contribuindo para a legitimidade e autonomia profissional*.

PALAVRAS-CHAVE: Tecnologia em Saúde. Diretrizes. Cuidados de Enfermagem. Gerenciamento em Enfermagem.

ABSTRACT

PAES, Graciele Oroski. *Nursing care management with assistance protocols: praxis in Nursing and its interface with the technology in healthcare*. 2011. 226p. Dissertation (Doctorate in Nursing) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2011.

A doctoral dissertation is hereby presented, the research for which discusses the use of assistance protocols applied to the management of healthcare, and its interface with health technology. The object of the research that generated this dissertation treated of the meaning of the incorporation of assistance protocols into management in Nursing and its implications. Research objectives were to apprehend the meaning of the incorporation of assistance protocols into the management of nursing care, and its applicability therein; and to build a Formal Theoretical Matrix concerning the management of nursing care based upon assistance protocols. The chosen methodology comprised a qualitative approach referenced to the Grounded Theory, the data analysis being guided by the theoretical framework of the Symbolic Interactionism as well as by authors who have been dealing with the theme concerning the apprehension of the phenomenon and the approximation to the theoretical model. Two techniques were associated as for the reading, interpretation of the findings: interviews and vignettes, with the respective instruments, namely interview guide and assistance protocol model. Two sample groups were selected, the first one being composed by nurses holding a Master's degree; the second, by three managers in Nursing. As for research results, five categories were generated, and disposed according to the reference paradigm model: as *causal condition*, category 1 became *(Re)cognizing technologies applied to nursing care*. As *intervening condition*, category 2 emerged: *Nursing protocols and its particularities*. *Context* was represented by category 3 – *Protocols as technology applied to healthcare*. *Strategies of action and interaction* are comprised in category 4 – *Nursing care management with protocols*. And as for *consequence*, the most adequate topic for category 5 was *Nursing care legitimated, generating professional autonomy*. Interconnection of these five constructs allowed for the emergence of the *central phenomenon*: protocols are assistance facilitating tools in Nursing as a technology applied to the management of healthcare. In this way, the hypothesis suggested along the research process – a) protocols are facilitating tools for the management of nursing care; and b) the assistance protocol, because it is a process of applied Nursing, configures as technology in healthcare – were confirmed, past both the data analysis and the validation of the Substantive Theoretical Matrix. The phenomenal condition represented by the research Formal Theoretical Matrix allowed for the assertion: *Assistance protocols are technological health tools applied to the management of healthcare, for they comprise process phases of the know-how-to-act in Nursing, thereby contributing for the professional legitimacy and autonomy*.

KEYWORDS: Technology in Healthcare. Guidelines. Nursing Care. Management in Nursing.

RESUMEN

PAES, Graciele Oroski. *Administrando el cuidado de enfermería con protocolos asistenciales: la praxis en enfermería y su interface con la tecnología de salud*. 2011. 226p. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2011.

Se presenta una Tesis de doctorado respecto a la utilización de protocolos asistenciales aplicados a administración del cuidado y su interface con la tecnología en salud. Como corolario, el objeto de la investigación generadora de esta tesis trató del significado de la incorporación de protocolos asistenciales a la administración de Enfermería y sus implicaciones. Los objetivos de la investigación fueran: aprehender el significado de la incorporación de protocolos asistenciales y su aplicabilidad a la administración de cuidado de Enfermería; construir una Matriz Teórica Formal de la administración del cuidado en Enfermería basada en protocolos asistenciales. La metodología escogida incluyó un enfoque cualitativo según los preceptos de la “Grounded Theory”, con el análisis de los datos guiada teóricamente por el Interaccionismo Simbólico y por autores quienes trataron del eje temático para aprehensión del fenómeno y llegada al modelo teórico. Se asociaran dos técnicas para la lectura y interpretación de los hallazgos: la entrevista y la viñeta, con sus respectivos instrumentos: guía de entrevista y protocolo asistencial modelo. Se han seleccionado dos grupos de muestras: el primer, con tres enfermeros con Maestría en Enfermería, y el segundo, compuesto por tres gerentes de Enfermería. Como resultados, se han podido crear cinco categorías según al modelo paradigmático de referencia: como *condición causal*, se ha obtenido la categoría 1: *(Re)conociendo las tecnologías aplicadas al cuidado de enfermería*. Como *condición interviniente*, surgió la categoría 2 – *Los protocolos de enfermería y sus particularidades*. Respecto al *contexto*, se creó la categoría 3: *Los protocolos como tecnologías aplicadas a la salud*. Las *estrategias de acción e interacción* están comprendidas en la categoría 4: *Administrando el cuidado de enfermería con protocolos*. Y como categoría 5 – consecuencia – *El cuidado legitimado creando autonomía profesional* fue la que se ha mejor adecuado. De la interconexión de estos cinco constructos, se ha podido indicar el fenómeno central: *Los protocolos son herramientas facilitadoras asistenciales de enfermería como tecnología aplicada a la gerencia del cuidado*. Así, las hipótesis sugeridas en el transcurso de la investigación – a) los protocolos son herramientas facilitadoras de gerencia del cuidado en enfermería; y b) el protocolo asistencial, por ser un proceso de enfermería aplicado, se configura como tecnología en salud – se han confirmado, después del análisis de los datos y la validación de la Matriz Teórica Substantiva. Considerando la condición fenoménica representada por la Matriz Teórica Formal de la investigación, se ha podido inferir la tesis: *Los protocolos asistenciales son herramientas tecnológicas en salud aplicadas a la gerencia del cuidado, vez que tracen en su formulación etapas procesuales del saber-actuar de enfermería, contribuyendo para la legitimidad y autonomía profesionales*.

PALABRAS-CLAVE: Tecnología en Salud. Directrices. Cuidados de Enfermería. Gerencia en Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS

QUADRO 1.	Algumas especificidades da Teoria Fundamentada em Dados.....	75
QUADRO 2.	Exemplo da codificação aberta realizada na pesquisa.....	93
QUADRO 3.	Exemplo da codificação axial realizada na pesquisa.....	95
QUADRO 4.	Codificação aberta e axial da Categoria 1.....	112
QUADRO 5.	Codificação aberta e axial da Categoria 2.....	123
QUADRO 6.	Codificação aberta e axial da Categoria 3.....	132
QUADRO 7.	Codificação aberta e axial da Categoria 4.....	152
QUADRO 8.	Codificação aberta e axial da Categoria 5.....	162

FIGURAS

FIGURA 1.	Diagrama ilustrativo da Categoria 1: (RE)CONHECENDO AS TECNOLOGIAS APLICADAS AO CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	106
FIGURA 2.	Imagem representativa da Categoria 1 na disposição do modelo.....	113
FIGURA 3.	Diagrama ilustrativo da Categoria 2 – OS PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM E SUAS PARTICULARIDADES.....	115
FIGURA 4.	Imagem representativa da Categoria 2 na disposição do modelo.....	125
FIGURA 5.	Diagrama ilustrativo da Categoria 3- OS PROTOCOLOS COMO TECNOLOGIA APLICADA AO CUIDADO.....	125
FIGURA 6.	Imagem representativa da Categoria 3 na disposição do modelo.....	133
FIGURA 7.	Diagrama ilustrativo da Categoria 4 - GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM COM PROTOCOLOS.....	134
FIGURA 8.	Imagem representativa da Categoria 4 na disposição do modelo.....	154
FIGURA 9.	Diagrama ilustrativo da Categoria 5 - O CUIDADO LEGITIMADO GERANDO AUTONOMIA PROFISSIONAL.....	156
FIGURA 10.	Imagem representativa da Categoria 5 na disposição do modelo.....	163
FIGURA 11.	Imagem representativa do fenômeno central na disposição da matriz teórica.....	170
FIGURA 12.	Diagrama ilustrativo do modelo representativo da disposição das categorias e suas congruências com o modelo paradigmático.....	173
FIGURA 13.	Matrix teórica com a disposição do fenômeno central e categorias. OS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM COMO TECNOLOGIA APLICADA AO GERENCIAMENTO DO CUIDADO.....	187

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS.....	18
— O início da trajetória	
• Delineando as questões norteadoras, objeto e objetivos do estudo	
• Justificativa e relevância do estudo	
1 TECENDO AS BASES CONCEITUAIS DO ESTUDO.....	30
1.1 Contextualizando a temática.....	30
1.2 O gerenciamento de enfermagem na contemporaneidade: da qualificação ao desenvolvimento de competências.....	34
1.3 A práxis do cuidado de enfermagem em situações adversas.....	40
1.4 Tecnologia e enfermagem: conceitos delineadores do estado contemporâneo.....	45
1.5 Os protocolos assistenciais como ferramenta para o cuidado em enfermagem.....	52
2 ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA.....	59
2.1 Referencial teórico: <i>Interacionismo Simbólico</i>	60
2.2 Referencial metodológico: <i>Grounded Theory</i> (Teoria Fundamentada nos Dados).....	72
2.3 O caminhar metodológico.....	85
2.3.1 Tipologia do estudo.....	85
2.3.2 Esclarecendo quanto ao cenário.....	86
2.3.3 Sujeitos.....	86
2.3.4 As técnicas e instrumentos para coleta dos dados.....	90
2.3.5 Iniciando a codificação dos dados.....	92
3 DESCREVENDO E DISCUTINDO OS ACHADOS.....	99
3.1 Desbravando o caminho metodológico.....	99
3.2 Apresentando as categorias emergidas do caminhar (<i>As Estações</i>).....	104
3.2.1 Conhecendo a Categoria 1 (<i>A Primavera</i>) — (RE)CONHECENDO AS TECNOLOGIAS APLICADAS AO CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	106
3.2.2 Conhecendo a Categoria 2 (<i>O eclipse...</i>) — OS PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM E SUAS PARTICULARIDADES.....	115

3.2.3 Conhecendo a Categoria 3 (<i>O Inverno...</i>) — OS PROTOCOLOS COMO TECNOLOGIA APLICADA AO CUIDADO.....	125
3.2.4 Conhecendo a Categoria 4 (<i>O Verão...</i>) — GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM COM PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS.....	134
3.2.5 Conhecendo a Categoria 5. (<i>O Outono...</i>) — O CUIDADO LEGITIMADO GERANDO AUTONOMIA PROFISSIONAL.....	156
4 DESVELANDO O MODELO PARADIGMÁTICO.....	165
4.1 Apresentando o Modelo Paradigmático... (<i>A Terra e seus movimentos no Sistema Solar...</i>).....	166
4.2 Apresentando o Fenômeno Central... (<i>O SOL...</i>).....	167
4.3 Fazendo a interconexão das categorias.....	172
4.4 Revelando a Matriz Teórica Substantiva do MODELO DE GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM COM PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS.....	174
5 A VALIDAÇÃO DA MATRIX TEÓRICA SUBSTANTIVA - REVELANDO A MATRIX TEÓRICA FORMAL.....	184
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	188
— Novos Desafios	
REFERÊNCIAS.....	197
APÊNDICES.....	210
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista	
APÊNDICE B – Protocolo dos distúrbios respiratórios agudos	
APÊNDICE C – Algoritmo do protocolo de distúrbios respiratórios agudos.	
APÊNDICE D – Relatório Final de Atividades – Estágio Sanduíche.	
ANEXOS.....	228
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa.	
ANEXO C – Parecer Final do Estágio Sanduíche.	



Tela: La Liseuse (Renoir)

Considerações introdutórias

*Ausente o encanto antes cultivado
Percebo o mecanismo indiferente
Que teima em resgatar sem confiança
A essência do delito então sagrado...
Todos se afastam quando o mundo está errado
Quando o que temos é um catálogo de erros
Quando precisamos de carinho
Força e cuidado
Este é o livro das flores
Este é o livro do destino
Este é o livro de nossos dias
Este é o dia de nossos amores*

O Livro dos Dias

(Legião Urbana)

CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS

- O início da trajetória -

O eixo norteador deste estudo deriva da minha trajetória profissional e acadêmica, locada na assistência de enfermagem ao cliente crítico e ao cuidado em situações complexas. Iniciei tal experiência quando, ainda como técnica de enfermagem, desempenhava atividades em setores de alta complexidade, dentre eles as unidades de emergência e de terapia intensiva. Já neste período, percebia que alguns cuidados de enfermagem, em especial os de cunho crítico, traziam em sua conformação peculiaridades e habilidades diferenciadas das demais. Era perceptível que, mediante utilização de diretrizes sistematizadas eficazes, a possibilidade de entraves e divergências no atendimento era minimizada, trazendo segurança à equipe por meio de aperfeiçoamento e atualização contínua para obtenção de resultados ótimos para o cliente e sua reabilitação.

No meu percurso laboral, dentre as causas de atendimento em situações críticas, aquela que despertou atenção especial foi a assistência ao cliente com distúrbios respiratórios agudos, fosse pela magnitude de sistemas envolvidos, fosse pela necessidade imperativa de uma abordagem intervencionista e imediata. Nestes casos, adiar a decisão aumentaria, consideravelmente, o risco iminente de morte dos clientes.

O “Suporte Básico de Vida” é um dos protocolos utilizados em situações de emergência, descrito pela *American Heart Association* (AHA), que utilizamos nos atendimentos pré- e intra-hospitalares na assistência a clientes com risco iminente de morte. Tal diretriz, reconfigurada e atualizada em 2010, traz como evidência a forte recomendação

de que a manutenção ideal do sistema circulatório é mandatória no processo de reanimação cardiopulmonar, sendo preconizada como primeira abordagem ao cliente em parada cardiopulmonar. Considerando esta nova recomendação, o restabelecimento da circulação, como primeira linha de ação, tornou-se prioridade em detrimento do restabelecimento de ventilação / função pulmonar (AHA, 2010).

Não obstante, os sistemas orgânicos que merecem atenção especial – respiratório, circulatório e nervoso – são considerados prioritários para o atendimento desde a abordagem primária do cliente até a sua completa estabilização. Os efeitos posteriores da hipóxia, depressão ventilatória, má perfusão, acidose, continuam sendo estratificados como prioridade, mesmo com a atual diretriz, pois o restabelecimento das funções respiratórias configura-se como item de suma importância no atendimento pré- e intra-hospitalar. Não obstante, as diretrizes continuam recomendando que as ventilações de resgate sejam aplicadas em aproximadamente um segundo, e, logo que possível, seja disponibilizada uma via aérea avançada, com dispositivos invasivos, considerando a eficácia da ventilação diretiva.

No A-B-C da vida, agora modificada para C-A-B, a assistência ventilatória está associada ao “A”, que significa “Manter a permeabilidade das vias aéreas”, e ao “B”, que orienta sobre a manutenção de uma boa ventilação. Deve-se intervir, imediatamente, desobstruindo as vias aéreas, verificando se houve a queda da língua, se há algum objeto ou secreção que devam ser retirados, e fazendo-se a ventilação artificial, que deve ser realizada através do dispositivo-boca e pode ser feita por meio de diversas manobras invasivas e não invasivas, tais como: tração do mento, hiperextensão cervical, empuxo mandibular, manobra de “dedos cruzados”, varredura manual, cricotireoidostomia e entubação orotraqueal.

é reforçada nos achados de Lima (2007) que, na construção de um protocolo para assistência de enfermagem nos distúrbios respiratórios agudos, priorizava a modificação no posicionamento do paciente (elevação do mento/ hiperextensão cervical) como prioridade da abordagem do enfermeiro em detrimento da eleição direta da oxigenoterapia como primeira linha de intervenção.

O sistema circulatório corresponde à letra “C” que visa à avaliação da circulação (pulso) e ao controle de hemorragias externas, em razão dos eventos hemodinâmicos que ocorrem durante uma reanimação cardiopulmonar.

Os agravos ventilatórios estão sobremaneira associados à condição de risco iminente de morte, requerendo dos profissionais intervenções imediatas e precisas. Frequentemente presentes nos clientes admitidos nas emergências, tais agravos são caracterizados pelo distúrbio funcional agudo ocasionado pela incapacidade do sistema respiratório de manter a necessária ventilação/oxigenação, o que compromete gravemente o processo de hematose (KNOBEL, 1994; COUTO, 2005; SMELTZER; BARE, 2009).

As medidas de intervenção/tratamento para esses agravos objetivam, de imediato, o restabelecimento da relação ventilação/oxigenação adequada, sendo necessário o estabelecimento de prioridades através de intervenções de enfermagem rápidas e precisas, devendo, neste caso, atender a três características essenciais: coerência, embasamento em princípios científicos e individualização (POTTER; PERRY, 2009).

Como membro efetivo do Quadro de Saúde do Corpo de Bombeiros Militar, do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ), desenvolvi atividades voltadas para a assistência pré-hospitalar em unidades de resgate móveis, chamadas de Auto Socorro de Emergência (ASE). Esse serviço preconiza o atendimento, em vias públicas, a clientes vítimas de

agravos clínicos ou de condições traumáticas que requeiram intervenções imediatas, sendo sua abordagem exclusivamente dedicada à estabilização da vítima, primando por atenuar o agravo escalonado como prioridade.

Tal serviço dispõe de viaturas que contam com equipes profissionais e equipamento de suporte básico, intermediário e avançado de vida. A distinção entre os serviços vai desde a composição da equipe envolvida até a disposição física da viatura para atendimento. Quanto às equipes, todas contam com motorista e profissionais de saúde: enfermeiros, técnicos e, ou, auxiliares de enfermagem e médicos, distribuídos conforme logística operacional do serviço. A viatura de suporte básico conta com um técnico de enfermagem e um auxiliar de enfermagem. A de suporte intermediário, com um enfermeiro e um técnico ou um auxiliar de enfermagem. A de suporte avançado um médico e um enfermeiro, um técnico ou um auxiliar de enfermagem. Diante da dinâmica proposta para o atendimento, os profissionais têm suas ações delineadas por recomendações internas pautadas pela legislação do exercício profissional de cada integrante. A inquietação para se discutir sobre a incorporação de instrumentos que orientassem melhor o atendimento de enfermagem iniciou nesse momento quando, em dadas situações, percebia que a conduta a ser tomada pela enfermagem estava condicionada a deliberações de outros profissionais, indo de encontro a algumas premissas de autonomia profissional.

As vítimas atendidas nesse serviço, em sua maioria, encontram-se instáveis hemodinamicamente, sendo necessário, de imediato, o restabelecimento de suas funções vitais. Para o enfermeiro intervir, diante desses agravos, é realizada capacitação periódica baseada em consensos nacionais e internacionais adequados às recomendações institucionais e realidade territorial.

Sendo assim, tanto o atendimento pré-hospitalar quanto o intra-hospitalar contam com diretrizes pré-determinadas para assistência ao cliente em condições críticas, principalmente em situações emergenciais. Destarte, a normatização de protocolos clínicos e assistenciais pelas instituições ainda encontra-se pautada, em sua maioria, por consensos internacionais, necessitando de reconsiderações acerca da sua validade à luz da realidade situacional, e não simplesmente incorporados à prática diária de assistência.

Como gerente do serviço de emergência de um hospital de grande porte, no Município do Rio de Janeiro, comporia desdobramentos para aprimoramento do gerenciamento de enfermagem no atendimento a clientela específicas, com demandas próprias e bem definidas. Diante disso, iniciei minha aproximação com pesquisas aplicadas à elaboração de protocolos clínicos e assistenciais direcionados ao enfermeiro e sua equipe, tanto no âmbito da prática aplicada como no gerenciamento do serviço.

Nesse caminhar em cuidados críticos, percebia a necessidade de resoluções rápidas e precisas por parte dos enfermeiros. Todavia, estes condicionavam suas intervenções às deliberações vindas de outro profissional, ora explicada por motivos legais da profissão e, posteriormente, justificada pela ausência de instrumentos que previssem e legitimassem a intervenção recomendada. Neste caso, os protocolos diretivos e adequados à prática de enfermagem poderiam contribuir para a promoção de um cuidado independente e autônomo.

Diante das vivências e experiências, elegi a temática que deu corpo tanto à minha dissertação de mestrado quanto à minha tese de doutorado, ora apresentada, tratando de assuntos inerentes à incorporação de protocolos clínicos e assistenciais na prática gerencial do enfermeiro.

Minha dissertação de Mestrado em Enfermagem, defendida em dezembro de 2006, intitulada “Cuidando do Cliente com Distúrbio Respiratório Agudo: proposta de um protocolo assistencial para tomar decisões em enfermagem” contemplou a elaboração e a testagem de um protocolo voltado para a prática clínica do enfermeiro na assistência aos clientes com distúrbios respiratórios agudos. (Apêndices C e D)

Metodologicamente, a pesquisa constituiu-se de quatro etapas. A primeira etapa referiu-se à revisão de literatura visando subsidiar a elaboração do protocolo. A segunda envolveu a elaboração do protocolo propriamente dito. A terceira consistiu na testagem do protocolo elaborado, por meio da avaliação de situações-problema explicitadas em casos clínicos. A quarta etapa consistiu no processo inicial de validação do protocolo proposto, mediante a avaliação de especialistas, contando com seus pareceres individualizados.

Não obstante, mesmo com instrumentos próprios, ainda era incipiente e dificultosa a utilização de tais estratégias pela equipe. Surgiram, então, os questionamentos acerca da produção acelerada de protocolos assistenciais e a sua real aplicabilidade no cotidiano da prática profissional. Nos mais variados cenários de cuidado, percebo que, mesmo dispondo de instrumentos norteadores, muitos profissionais optam por não utilizá-los; então para que, para quem e por que criá-los? Discussões dialógicas, ora antagônicas, ora complementares, quanto ao uso de protocolos, me inquietaram e aguçaram a necessidade de aprimorar investigações sobre o tema desta tese.

Com vistas a revisitar conceitos e propriedades nessa área, em 2009, ingressei no Curso de Doutorado de Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com a proposta de discutir a assistência de enfermagem com protocolos assistenciais. Como modelo, utilizei o protocolo assistencial de

cuidado aos clientes com distúrbios respiratórios, validado durante o mestrado, para implementação das técnicas de coleta de dados junto aos participantes da pesquisa.

O desejo de investigar essa temática adveio da necessidade de entender o motivo pelo qual, mesmo com instrumentos validados, a equipe de enfermagem ainda estava distanciada da prática clínica associada ao uso de protocolos e diretrizes de cuidado.

Os enfermeiros, desenvolvendo protocolos de cuidados em conjunto com equipe multiprofissional, promovem uma melhor análise das questões cotidianas, permitindo-lhes uma atitude crítica apropriada à crescente dimensão intelectual do trabalho que realizam.

Para tanto, o objeto de estudo trata do *significado da incorporação de protocolos assistenciais e suas implicações para o gerenciamento de enfermagem*.

Embasada nas discussões acima, surgiram as seguintes questões norteadoras:

- *Qual o significado atribuído à incorporação de protocolos assistenciais para o gerenciamento do cuidado em enfermagem?*
- *Como se processa o gerenciamento do cuidado de enfermagem com protocolos assistenciais?*

Relacionando o objeto às questões norteadoras, elegi os seguintes objetivos como norteadores desta pesquisa:

- Apreender o significado da incorporação de protocolos assistenciais e sua aplicabilidade ao gerenciamento do cuidado de enfermagem
- Construir uma Matrix Teórica Formal do gerenciamento do cuidado de enfermagem baseado em protocolos assistenciais

O estudo proposto justifica-se por contemplar aspectos da pesquisa inerentes ao gerenciamento do cuidado em enfermagem e à utilização de protocolos assistenciais, buscando suporte teórico-prático, propondo, com esta ferramenta, aperfeiçoar a prática clínica do enfermeiro no que tange ao processo de tomada de decisão diante de condições de agravo à saúde.

Geralmente, os enfermeiros, em situações emergenciais, encontram dificuldades no processo de tomada de decisão no cuidado aos clientes graves. Isso pode ser decorrente da inexistência de protocolos direcionados à enfermagem em unidades de alta complexidade como instrumento facilitador e sistematizador da assistência (LIMA, 2007).

Os protocolos são considerados como diretrizes para a implementação da prática clínica, oferecendo um suporte teórico e científico para otimizar as intervenções em situações que requeiram tomada de decisões imediatas. Portanto, essa forma de sistematização da assistência contribui na promoção de um cuidado ágil, não perdendo de vista a qualidade do atendimento. Para Galvão (2002), o desenvolvimento de diretrizes para a prática clínica tem garantido reconhecimento como instrumento para sintetizar as melhores evidências disponíveis, juntamente com recomendações para a prática profissional. Por hora, essa prática aplicada à enfermagem ainda está incipiente, tendo ênfase maior na Medicina.

Estudos como este possibilitam o compartilhamento de conhecimentos técnicos, empíricos e científicos emanados dos problemas identificados a partir da prática profissional, buscando instrumentos para subsidiar o gerenciamento do cuidado de enfermagem de maneira otimizada, não somente nas unidades de máxima complexidade, mas também em outros campos afins.

Como profissionais, agregamos compromisso de incorporar conhecimentos para aperfeiçoar o desempenho de nossas atividades, divulgando-os de modo a colaborar significativamente para a produção da literatura acadêmica e a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Este estudo intenta, também, contribuir para atuação gerencial do cuidado direto e indireto do enfermeiro nos setores de emergência, uma vez que se propõe a subsidiar estudos voltados para gerência em enfermagem. Entendemos que, em longo prazo, o estudo poderá contribuir com as possibilidades de aprimorar nossos conhecimentos acerca da incorporação de tecnologias para o gerenciamento do cuidado em enfermagem, nas unidades de emergência, de forma sistematizada e validada.

Quanto à contribuição à pesquisa, o estudo está inserido no Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem (GESPEN – EEAN/UFRJ) e no Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE-EEAN/UFRJ), no âmbito dos quais pretende colaborar para o fortalecimento dos grupos e linhas nos quais apresenta aderência epistemológica, conceitual e metodológica. Por tratar de assuntos inerentes ao avanço tecnológico em saúde, a pesquisa em tela, também, contribui para discussões sobre o processo de cuidar em enfermagem, diante de grandes áreas de interesse e investimento das agências de fomento incentivadoras de pesquisa no cenário brasileiro: a avaliação tecnológica e econômica em saúde. Espera-se que estudos como este colaborem para novas formas, preferencialmente inovadoras, de se discutir a utilização de protocolos assistenciais para o gerenciamento do cuidado em enfermagem.

Notoriamente, esse tema ainda gera inquietação e, dentro dessa perspectiva, apresento minha tese de doutorado intitulada GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM COM PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS: A PRÁXIS DE ENFERMAGEM E SUA INTERFACE COM A

TECNOLOGIA EM SAÚDE.

A estrutura da tese foi desenhada da seguinte maneira:

- No capítulo 1, intitulado TECENDO AS BASES CONCEITUAIS DO ESTUDO, busco delinear as bases da pesquisa em questão, tecendo eixos da contextualização e problematização do estudo. Apresento o objeto de pesquisa, as questões norteadoras, os objetivos, bem como a justificativa e relevância da pesquisa. Num segundo momento, exprimo concepções de autores que suportam a breve base conceitual da pesquisa.
- Na segunda seção, sob o título ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA, exponho o referencial teórico – Interacionismo Simbólico – com os seus fundamentos, aspectos conceituais e históricos; bem como aspectos inerentes à sua inter-relação com o objeto e a abordagem metodológica utilizada na pesquisa. Também, neste capítulo, trago o referencial metodológico da *Grounded Theory*, em português Teoria Fundamentada nos Dados, e suas etapas de codificação, facilitando a leitura quanto à metodologia aplicada na pesquisa. Elucido os caminhos metodológicos desbravados no decorrer da pesquisa a fim de obter os resultados agora emergentes
- Sob o título DESCREVENDO E DISCUTINDO OS ACHADOS..., apresento a terceira seção na qual descrevo e discuto as categorias e subcategorias à luz dos autores que tratam da temática. Explicito todo o processo de codificação e análise, apresentando as categorias, subcategorias e seus componentes que emergiram a partir dos dados coletados. Tais categorias subsidiaram o delineamento da teoria substantiva que foi construída inicialmente.
- No capítulo 4, DESVELANDO O MODELO PARADIGMÁTICO, aponto as interconexões entre as categorias, subcategorias e componentes para apresentação do

modelo paradigmático da pesquisa. Delineio a Teoria substantiva, suportando-a em outros autores de relevância relacionados à temática.

- Discurso, na seção cinco, intitulada A VALIDAÇÃO DA MATRIX TEÓRICA SUBSTANTIVA - REVELANDO A MATRIZ TEÓRICA, sobre o processo de validação da teoria substantiva, nesse estudo denominada *matrix* teórica, e elucidado o caminhar para uma teoria formal.

- Por último, teço as CONSIDERAÇÕES FINAIS, ressaltando os principais aspectos da pesquisa e suas contribuições para o cenário da pesquisa e a práxis em enfermagem.

1 TECENDO AS BASES CONCEITUAIS DO ESTUDO

Nesta primeira seção, farei uma breve contextualização temática a fim de elucidarmos conceitos inerentes aos eixos de investigação e norteadores da pesquisa geradora desta tese no que tange ao gerenciamento de enfermagem em situações adversas e sua interposição com a perspectiva tecnológica em saúde na contemporaneidade.

1.1 Contextualizando a temática...

Taylor e Fayol, no início do século XX, defenderam prioritariamente a racionalização do trabalho através da ênfase nas tarefas, na estrutura, na produtividade e na tecnologia. O homem, como cidadão crítico, que pensa, sente, age, questiona e transforma, fora deixado em segundo plano, sempre em prol do crescimento da organização. (NÓBREGA, 2006, p. 35).

A Teoria Geral da Administração, o taylorismo em particular, coloca-se a tarefa de gerenciar pessoas como se elas fossem instrumentos, coisas ou recursos destituídos de vontade ou de projeto próprio. Faz parte da cultura tradicional da maioria das escolas da Administração o objetivo explícito de disciplinar o trabalhador, quebrar-lhe o orgulho, a autonomia e a iniciativa crítica. A partir do Fordismo (período pós-guerra), as condições de trabalho passaram a ser revistas e os benefícios foram instituídos, demonstrando uma mudança de postura e a preocupação com o bem-estar físico e mental do trabalhador.

Entretanto, estas conquistas não foram suficientes para a transformação do modelo burocrático e “engessado” utilizado pelos gestores, inclusive nos serviços de enfermagem (CHIAVENATO, 2006).

O gerenciamento dos serviços de enfermagem existente corresponde, na prática, sejam estes hospitalares ou ambulatoriais, encontra-se muito distante do esperado, pois muitos deles estão baseados nos fundamentos Taylor-Fayolistas, apresentando, como característica principal, a resistência à transformação. O que se observa é a reprodução dos modelos tradicionais, nos quais as estruturas hierárquicas de controle, submissão, obediência às normas e padrões são reproduzidas. A manutenção de teorias administrativas científicas e clássicas é predominante nas ações instituídas, com o que concordam diversos autores, nos trabalhos desenvolvidos sobre a temática, no campo da enfermagem (NASCIMENTO; ASSIS, 1997; MENDES *et al.*, 2000; FRACOLLI; EGRY, 2001; ERMEL; FRACOLLI, 2003; FERNANDES *et al.*, 2003; CIAPONE; KURCGANT, 2004; MAGALHÃES; DUARTE, 2004).

Na concepção de Mendes *et al.* (2000), para os gerentes de enfermagem que se renderam aos modelos tradicionais, o que vale é o progresso tecnológico. E para atingi-lo, segundo Jorge *et al.* (2007, p.84), “[...] o homem é visto como máquina, modelo bruto preparado, ‘condicionado e treinado para produzir’, de modo a servir ao capital.” Jorge *et al.* (2007, p.84) enfatizam, ainda, que

A presença da tensão no interior do processo de trabalho entre os gerentes, resultado da burocracia, do controle do produto final dos trabalhadores em detrimento do planejamento e da avaliação dos profissionais e das práticas de saúde. O controle de atividades, de materiais, de pessoas caracteriza os saberes clássicos da administração e a prática vivenciada no cotidiano da enfermeira gerente.

Essas autoras alertam também para o fato de que “As influências das correntes administrativas tradicionalistas encontram-se fortemente impregnadas nas ações dos enfermeiros, que receberam toda essa bagagem ainda na formação acadêmica e a sedimentaram no mercado de trabalho.” (JORGE *et al.*, 2007, p.84).

Destaco um trecho do estudo de Matos e Pires (2006) que pode sintetizar o que foi dito:

A enfermeira gerencia o trabalho da equipe com muitas características das abordagens taylorista, fayolista e burocrática. Volta-se para o cumprimento de normas rotinas e tarefas, reproduzindo aquilo que outros profissionais e a instituição esperam, deixando, muitas vezes, de priorizar as necessidades do doente e gerando descontentamento e desmotivação nos trabalhadores de enfermagem. O poder de decisão é centralizado no enfermeiro/a, enfatiza-se a disciplina desconsiderando as pessoas e as relações interpessoais. (MATOS; PIRES, 2006, p.512).

Percebemos, com essa breve exposição, que se torna mister construir uma prática gerencial dialógica, voltada para a busca incessante de práticas comunicativas entre gerentes, equipe multiprofissional e cliente, utilizando-se mais da interação profissional, estabelecendo vínculos e o uso de tecnologias como facilitador do potencial cuidador. (CECÍLIO; MENDES, 2004; FERNANDES *et al.*, 2003).

A legitimidade da ação de gerenciamento é conferida privativamente ao enfermeiro que, de acordo com o que determina a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, no artigo 11, sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, no Brasil, em que o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem; no entanto, são privativos desse profissional a direção dos órgãos de enfermagem da instituição de saúde pública e privada e a chefia de serviço e de unidade de enfermagem; a organização e a direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; o planejamento, a

organização, a coordenação, a execução e a avaliação dos serviços de assistência de enfermagem. (JORGE *et al.*, 2007, p.81; BRASIL, 1986).

Apesar de ser o gerenciamento uma atividade conferida por lei, observamos a necessidade de um esforço conjunto da academia e dos serviços para rever as práticas e as intervenções necessárias, no âmbito gerencial, repensando as dicotomias existentes entre os propósitos e os projetos de formação da força de trabalho em saúde e nos serviços, implicando mudanças na visão de mundo, de idealista para realista. Essa intervenção crítica e reflexiva efetuar-se-á mediante interação entre teoria e prática, ao relacionar o cotidiano do gerenciamento em enfermagem às experiências, às dificuldades enfrentadas, enfim, às inovações isoladas ocorridas e ao conhecimento produzido na academia. (COSTA, 2009).

Neste século, a enfermagem enfrenta inúmeros desafios com relação às dimensões do cuidado. Uma destas diz respeito às especialidades como o cuidado domiciliar, o cuidado para com o cuidador, cuidado com a dor, com as ostomias, com as lesões de pele, dentre outras. Outro trata da competição com outras profissões, sendo imprescindível assegurar ao enfermeiro sua autonomia configurada na Lei do Exercício Profissional.

Não obstante, conspirando com a explosão tecnológica no século XXI, outro desafio é o de dominar as novas tecnologias. Segundo Meier (2004, p. 6), tecnologia

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

Trato outro aspecto em tela, agora voltado para a administração de enfermagem: surge uma nova forma de administrar, na qual “os gerentes assumem papéis de facilitadores,

mentores, formadores de equipes, consultores, comunicadores, agentes inovadores e transformadores da sua realidade, inseridos e valorizados no mundo do trabalho.” (PERES, 2006, p. 224).

Lucena (2006) registra que a adoção de padrões gerenciais permitiu aos enfermeiros a elaboração de uma estrutura organizacional interna própria da profissão e o reconhecimento da necessidade da criação de instrumentos (normas, rotinas, protocolos), como forma de organização do trabalho que, apesar das possíveis críticas, devem ter o seu valor reconhecido para uma determinada época.

Fernandes *et al.* (2003) e Matos e Pires (2006) nortearam seus estudos pelo entendimento da influência das teorias administrativas sobre o processo de trabalho do enfermeiro. Parece haver um consenso entre as autoras sobre o predomínio de algumas abordagens sobre o processo de trabalho do enfermeiro.

1.2 O gerenciamento de enfermagem na contemporaneidade: da qualificação ao desenvolvimento de competências.

A gerência é definida por Motta (2001, p.26) como

A arte de pensar, de decidir e de agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados. Resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas que têm de ser alcançados através das pessoas e numa interação humana constante.

Para um melhor entendimento do significado da gerência é necessário, conforme,

ainda, Motta (2001), vislumbrar o lado “científico, racional, enfatizando as análises e as relações de causa e efeito, para se prever e antecipar ações de forma mais conseqüente e eficiente” (p. 69), bem como “a face de imprevisibilidade e de interação humana que lhe conferem a dimensão do ilógico, do intuitivo, do emocional e espontâneo e do irracional”. (p. 189).

Chiavenato (2006) afirma que a função administrativa, no nível intermediário das instituições (departamentos, serviços), recebe a denominação de gerência e se incumbem de conduzir as pessoas para o alcance dos objetivos institucionais; é “uma atividade voltada para as pessoas e se fundamenta na motivação, na liderança e na comunicação.” (p.330).

O gerenciamento se concretiza por intermédio das pessoas; desse modo, o gerente planeja, organiza, coordena, dirige e avalia o trabalho realizado pelos membros de sua equipe, e a estas funções gerenciais, são acrescentados outros instrumentos como a supervisão, a motivação, a comunicação e a delegação.

O gerenciamento contemporâneo demanda um pensar e julgar com maior amplitude e lateralidade de pensamento. A pessoa que almeja desenvolver atividades de gerenciamento precisa aprender a fazê-lo, de forma a desenvolver habilidades complexas como capacidade analítica, de julgamento, de decisão e liderança e de enfrentar riscos e incertezas. Além do mais, o mundo moderno exige dos dirigentes uma grande capacidade seja de negociação entre interesses e demandas múltiplos, seja de integração de fatores organizacionais a cada dia mais ambíguos e diversos. (MOTTA, 2001).

O aprendizado gerencial consiste num processo baseado não só nos conhecimentos sistematizados pela teoria da administração, mas também na incorporação dos conhecimentos adquiridos na experiência individual ou fora da organização em que se atua.

Motta (2001) e Chiavenato (2006) informam que o aprendizado gerencial envolve quatro dimensões básicas: a cognitiva, a analítica, a comportamental e a habilidade de ação:

- A cognitiva:

Ser informado e aprender sobre administração a partir dos conhecimentos existentes sobre definição de objetivos e formulação de políticas e das ideias sistematizadas sobre estruturas, processos, técnicas e comportamentos organizacionais.

- A analítica:

Aprender a identificar e diagnosticar problemas administrativos, decompondo-os, e reorganizá-los, na busca de novas soluções.

- A comportamental:

Aprender novas maneiras de interação humana dentre padrões alternativos conhecidos e validados socialmente, como formas de comunicação de interação grupal ou de exercer ou lidar com poder e autoridade, compreende a dimensão comportamental.

- As habilidades de ação:

Aprender sobre si próprio, sobre sua função e sobre os objetivos e condições operacionais de sua organização, ou seja, desenvolver capacidade para transformar objetivos, valores e conhecimentos em formas efetivas de ação. Habilidade é a capacidade de transformar conhecimento em ação e que resulta em um desempenho desejado.

Para Galvão (2002), ao proceder às intervenções relativas ao cuidado com o cliente, os profissionais utilizam informações resultantes de pesquisa e da competência clínica para proporcionar a melhor prática profissional, ou seja, uma prática que possibilite resultados positivos, com soluções efetivas na assistência prestada aos clientes.

Ao apresentar o gerenciamento do cuidado de enfermagem, cabe esclarecer que a discussão do estudo destaca as relações que se estabelecem no espaço institucionalizado – o hospital contemporâneo, considerado como um espaço privilegiado da prática de enfermagem na produção do cuidado. Acredito que seja nesse espaço que as relações entre gerência e cuidado de enfermagem se afinem de forma mais evidente.

Espírito Santo e Porto (2006, p. 45) apresentam, em seu estudo, passagens do livro escrito por Florence Nightingale, onde identificam a gênese do que definem como gerenciamento do cuidado de enfermagem:

Ou seja, a enfermeira tem a responsabilidade de planejar suas atividades, com a finalidade de manter as condições necessárias ao desenvolvimento do cuidado, ou mesmo estabelecendo prioridades para quando deve intervir diretamente (cuidado direto) ou não com o cliente (cuidado indireto).

Entretanto, esse assunto ainda vem sendo alvo de muitos estudos. Martins *et al.* (2006) apresentam a opinião de recém-egressos do curso de graduação em enfermagem, revelando a ideia de que, no exercício da profissão, são exigidas atividades administrativas em detrimento das assistenciais.

Mas não se pode desconsiderar que a postura assumida pelo enfermeiro, diante do gerenciamento do cuidado de enfermagem, ainda sofre influências de uma série de fatores que incluem a subjetividade dos profissionais, o mito da subalternidade e questões vinculadas às próprias características organizacionais.

O enfermeiro reúne elementos que configuram uma prática profissional com amplos espaços e autonomia de poder decisório, sendo detentor da quase totalidade das informações relativas ao paciente e responsável pela organização do ambiente do cuidado; atua como um representante da administração superior ao zelar pelas normas e rotinas institucionais, além de ser o responsável pela organização da assistência.

Azzolin e Peduzzi (2007) fazem a distinção entre gerenciamento do cuidado e gerenciamento da assistência à saúde, considerando que, em ambos os sentidos, torna-se necessário articular duas dimensões que são complementares e interdependentes – gerenciar e cuidar. Assim,

O enfermeiro gerencia o cuidado quando o planeja, quando o delega ou o faz, quando prevê e provê recursos, capacita sua equipe, educa o usuário, interage com outros profissionais, ou seja, em todas as atividades realizadas para que se concretizem o cuidado. (AZZOLIN; PEDUZZI, 2007, p. 550).

Nesse sentido, Peres e Ciampone (2006) afirmam que, na área de enfermagem, o gerenciamento foi, historicamente, incorporado como função do enfermeiro. Portanto, sempre houve, no processo de formação desses profissionais, um preparo para assumir esse papel. Sendo assim, o enfermeiro não pode prescindir de seus conhecimentos, mesmo quando são os responsáveis por atividades-fim. Em outras palavras, os enfermeiros se apropriam de elementos da administração quando gerenciam o cuidado de enfermagem.

As novas exigências situam o debate no campo educacional-profissional dentro do que vem sendo denominado “novas competências para o mercado de trabalho”. Esse debate tem gerado perspectivas diferentes sobre o conceito e a utilização do termo competência.

Para Deluiz (2001), a noção de competências surge na Europa a partir dos anos 80. Neste modelo, a aprendizagem seria orientada para a ação e a sua avaliação seria pautada pelos resultados observáveis.

Competência é a capacidade de resolver um problema em uma situação dada. A competência baseia-se nos resultados. A referida autora nos mostra que, na literatura corrente, a noção de competência é vista, em termos gerais, como a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural. (DELUIZ, 2001, p 56).

O debate sobre competências profissionais vem alcançando o setor saúde, principalmente no que se refere ao campo da formação profissional. Apenas para exemplificar um dos desafios ainda não totalmente equacionado, Ramos (2001, p. 80) afirma que “um sistema de competência profissional é integrado por três subsistemas: a) normalização das competências; b) formação por competências; c) avaliação e certificação por competências”. Dessa forma, para estruturar, no campo da formação profissional em saúde, um sistema de competências profissionais, em tese, é preciso estruturar os três subsistemas que o compõem. No entanto, o que se tem observado, segundo a autora, é que, na maioria das vezes, os chamados currículos por competências nada mais são do que currículos pautados por normas de competência.

Para Ramos (2001, p. 82), um currículo por competências corresponderia a um conjunto de experiências de aprendizagens concretas e práticas, focadas em atividades que se realizam nos contextos reais do trabalho. Assim, ainda que possamos reconhecer a necessidade de se (re)conformar os modelos de formação profissional, no campo da saúde, pautados por lógica de novas competências profissionais, serão necessários muitos exercícios de aplicação que possibilitem configurar novas metodologias de ensino e

aprendizagem. Ainda que absorvida de modo incipiente pelo setor saúde, essa noção tem sido fundamental para a definição de perfis profissionais para um novo modelo de atenção à saúde.

1.3 A práxis do cuidado de enfermagem em situações adversas

Vale, Pagliuca e Quirino (2009, p.177) comentam sobre a práxis em enfermagem e suas facetas teóricas e práticas nos parágrafos a seguir:

Os gregos chamavam *práxis* a ação de levar a cabo alguma coisa; também, designa a ação moral; significa, ainda, o conjunto de ações que o homem pode realizar, e, neste sentido, a práxis não pode ser entendida como simplesmente prática. A práxis é a união dialética de teoria e ação moral; e, ao mesmo tempo em que a razão (teoria) determina o modo como os homens agem, também a ação humana (prática) é projetada, refletida, consciente, racionalizada.

Separar teoria e prática, para os gregos, não é correto, pois se observa, por exemplo, em Sócrates, que o *ethos* (modo de ser) é próprio do ser humano, que é um ser da práxis, pois planeja, raciocina para aplicar o pensamento. Tem-se nos gregos a ideia de que o *telos* (finalidade) do *ethos* (modo de ser) humano é efetivado na *práxis* (ação teorizada e efetivada). Mais um exemplo desta concepção de *práxis* é encontrada em Aristóteles, quando afirma que o homem é *zôon logikon* (animal racional) e *zôon politikon* (animal político), exatamente por contemplar as dimensões teóricas e práticas que, no ser humano, não estão divididas ou separadas, mas são unidades da natureza humana. É uma visão do ser

humano e de seu conhecimento de forma integral, que não fragmenta, seja o próprio homem ou o seu saber.

Deste modo, a *práxis* é uma manifestação humana que não pode ser mutilada em prol de uma tecnificação, que prioriza somente uma lógica de resultados, ou mesmo cair no ativismo, que também é orientado pela mesma lógica. A *práxis* humana é o próprio ser humano em todas as suas dimensões e, como tal, não pode ela ser seccionada. É nessa *práxis* que buscamos construir novos caminhos para a enfermagem que contribuam para o reconhecimento profissional, que é fundamental na construção da autorrealização (VALE; PAGLIUCA; QUIRINO, 2009).

No cotidiano da Enfermagem, coexistem duas dimensões: a do conhecimento/saber e a da *práxis*, que diz respeito ao fazer/agir que envolve todo o processo de cuidar em enfermagem. É em nossa *práxis* que percebemos que o saber é um dos elementos que utilizamos no exercício da profissão de enfermagem, e este saber possibilita o fazer na perspectiva da ação por meio da competência, habilidade, persistência, paciência e disponibilidade para agir consciente e intuitivamente.

Os clientes afetados por agravos adversos requerem do enfermeiro agilidade e precisão durante o saber-agir no exercício de sua *práxis*, pois o retardo, no tempo, é determinante para o agravamento do quadro clínico apresentado pelo cliente. Em dadas circunstâncias, a tomada de decisão, de maneira precisa e ágil, é decisiva para a restauração da condição clínica ideal do cliente, principalmente, naqueles acometidos por comprometimento da estabilidade hemodinâmica, pois o restabelecimento e a satisfação dessa necessidade são determinantes para a sua recuperação.

Portanto, para Lima (2007), etapas definidas previamente, por meio da padronização de protocolos de assistência, são entendidas como aliadas da equipe de profissionais de enfermagem, pois contribuem para que a tomada de decisão seja otimizada na assistência ao paciente crítico, que demande intervenções imediatas de cuidado.

Situações adversas implicam, diretamente, o delineamento gerencial do cuidado, de forma precisa e ágil, tendo o enfermeiro como gerenciador do “saber fazer” de forma diferenciada e complexa. Para tanto, esse deve estar preparado para as situações adversas, que impliquem tomar decisões imediatas, tanto na gerência da equipe quanto na do cuidado prestado a clientes em condições críticas.

No atendimento aos clientes em situações adversas, a postergação das ações do cuidado poderá implicar o agravamento das condições clínicas do cliente. A sistematização do cuidado e o estabelecimento de prioridades contribuem para a qualidade da atenção e diminui controvérsias. Neste caso, diretrizes aplicadas à prática clínica têm participação na qualidade do cuidado prestado, já que constam de documentos desenvolvidos sistematicamente para auxiliar os profissionais de saúde e clientes a tomar decisões sobre condições de saúde. Os protocolos ou diretrizes clínicas são modelos sistemáticos de cuidado que, se adequados à linguagem taxonômica do processo de enfermagem, contribuem indissociavelmente para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (LIMA, 2007).

Carraro e Westphalen (2001) tratam a SAE como método científico, uma metodologia de trabalho do enfermeiro, com o que este organiza a assistência de enfermagem, planeja o seu fazer, executa cuidados e avalia a assistência prestada. É a instrumentalização necessária para que o enfermeiro planeje, científica e sistematicamente, as ações da equipe de enfermagem.

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

Normalmente, as teorias de enfermagem têm como objetivo prestar assistência sistematizada, organizada e documentada; permitem a formalização das ações realizadas pelas enfermeiras. Ao relacionar as teorias com a prática, constroem-se modelos e padrões assistenciais. Atualmente, existe grande influência das teorias e dos modelos assistenciais na enfermagem brasileira (CUNHA; BARROS, 2005).

O Processo de Enfermagem (PE), que é descrito na literatura como um método para sistematizar os cuidados de enfermagem, é um modelo clínico, fundamentado no método científico que reflete os conceitos teóricos na assistência ao cliente. Segundo Horta (1999; 2011), o PE consta da dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano.

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

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução COFEN 358/2009, dispõe sobre a SAE e a implementação do Processo de Enfermagem nas Instituições de Saúde de nosso país. No artigo 6º, estabelece que a metodologia deve ser registrada formalmente, contemplando as seguintes etapas: Histórico de Enfermagem,

Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação, Avaliação de Enfermagem.

A SAE caracteriza-se por ser um processo interativo. Envolve experiência e vivências; portanto, os enfermeiros necessitam de conhecimentos científicos, habilidades técnicas, atitudes, posturas éticas, intuição, generosidade e sensibilidade. O cuidado não é somente prescritivo, mas vivido, sentido e esperançado. A exploração de seus significados, da valorização e do reconhecimento social deve iniciar-se na enfermagem, para tornar-se um valor, uma filosofia de profissão e de vida. Pode ser compreendida como um método específico e científico aplicado com vistas à solução de problemas na prática de enfermagem, pois favorece o conhecimento, relaciona a teoria com a prática e proporciona aos enfermeiros ação e reflexão, por meio do raciocínio e julgamento clínico, gerando a notoriedade da autonomia profissional.

Nessa ótica, a SAE pode ser otimizada e ilustrada por meio de ferramentas tecnológicas, assumindo um papel importantíssimo no cuidar, pois as exigências são numerosas, o trabalho tornou-se complexo e, para dar conta da sua compreensão, é urgente a tarefa de redimensionar as prioridades das ações do enfermeiro. É imprescindível que ele seja capaz de desenvolver raciocínio e julgamento clínico, compreenda as diferentes linguagens, desenvolva atitude investigativa crítica e, principalmente, criatividade. Para acompanhar essas exigências, que avançam em ritmo acelerado principalmente na área da saúde, o enfermeiro deve ter o compromisso de avançar e inovar por meio da apropriação da ciência e da tecnologia.

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

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

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

Entende-se que a SAE compreende a tecnologia leve-dura, pois envolve as relações enfermeiro, paciente, família, valorizando o vínculo; além disso, proporciona o cuidado integral, considerando o entorno do paciente que está dependente de seus cuidados.

1.4 Tecnologia e Enfermagem: alguns conceitos que permeiam a contemporaneidade.

Na verdade, a técnica, a *techné* e a tecnologia correspondem às três fases do desenvolvimento histórico da técnica. Portanto, a distinção que aparece aqui busca, apenas, evidenciar as características de cada período histórico. Nesse sentido, a técnica, a *techné* e a tecnologia se complementam, na medida em que uma é resultante do desenvolvimento histórico da outra.

A técnica é tão antiga quanto o homem, da mesma forma que a “sabedoria”. Ela aparece com a fabricação de instrumentos, o que nos faz concluir que surge com o aparecimento do homem na face da terra. À fabricação da pedra lascada, corresponderia um saber fazer, uma técnica. Esta fabricação e o aparecimento do homem são considerados fatos simultâneos. Seguindo esse raciocínio, a técnica é originalmente um saber fazer que caracteriza a presença de uma cultura humana. O homem, o fazer e a cultura são aspectos originários da natureza humana. (CARDOSO, 1999).

Segundo Vargas (1994), a técnica sempre teve um caráter mágico e simbólico, permeado pelo fato de que, tanto na técnica quanto na magia, o objetivo pretendido é a modificação do mundo e a interferência nas leis da natureza, alterando o seu curso.

Para Abbagnano (2000), os procedimentos da técnica se expressam em dois campos diferentes: as técnicas mágicas e religiosas e as técnicas racionais.

As técnicas mágicas e religiosas são praticadas com base em determinados sistemas de crenças, são denominadas ritos e, por isso, são não corrigíveis ou não modificáveis. As técnicas racionais são independentes dos sistemas de crenças, além de serem autocorrigíveis; distinguem-se em três tipos: simbólicas, de comportamento e de produção.

As simbólicas consistem no uso dos signos e podem ser de explicação, de previsão ou de comunicação (estas distinções não se excluem mutuamente); as técnicas de comportamento são de um campo extenso e são classificadas como as técnicas de comportamento do homem em relação a outro homem (vão das técnicas econômicas às morais, das jurídicas às educacionais, etc.); as técnicas de produção tratam do comportamento humano em relação ao meio natural visando à produção de bens e sempre acompanharam a vida do homem.

A *techné* aparece na Grécia Antiga, paralela à Filosofia. A *techné* é outro tipo de conhecimento, distinto da técnica, no sentido geral, que não se limitava à pura contemplação da realidade, mas era uma atividade interessada na solução dos problemas práticos, em servir de guia para os homens na sua luta para melhorar e aperfeiçoar a sobrevivência, na cura de doenças, na construção de instrumentos e edifícios e outros. Talvez pudéssemos chamá-la de técnica altamente desenvolvida em relação ao seu estágio inicial. (ATAÍDE; OLIVEIRA, 2001).

As *techné* gregas eram, em princípio, constituídas por conjuntos de conhecimentos e habilidades profissionais transmissíveis de geração a geração. São desse tipo de saber a medicina e a arquitetura gregas. Também são *techné* a mecânica, entendida esta como a técnica de fabricar e operar máquina de uso pacífico ou guerreiro, e os ofícios que hoje chamamos de “belas artes”. Ao lado destas, havia, também, uma *techné* exata como, por exemplo, a utilização das matemáticas na agrimensura e no comércio. Mas não se deve entender *techné*, sempre, como um saber operativo, manual.

Com efeito, a palavra grega *techné* é caracterizada como uma conduta certa, numa atividade específica, que se subordina a uma série de conhecimentos repassados através da educação. Esse saber não precisa ser teórico, embora, às vezes, se baseie na observação direta dos fatos. Portanto, toda *techné* consiste no conhecimento empírico de um objeto ou ação que serve ao homem; portanto, tal saber só se realiza como aplicação prática e não como contemplação. (VARGAS, 1994, p.18).

Segundo esse autor, a *techné* é uma forma elaborada e sistematizada de técnica: uma técnica aperfeiçoada pela educação, de geração a geração, chegando mesmo a ser apresentada e descrita em livros e compêndios e não simplesmente sabida quase em segredo

– como era a magia – pelos profissionais. A instituição da *techné* tira o caráter mágico das técnicas.

A palavra tecnologia deriva do substantivo grego τέχνη (*téchne*), que significa arte e habilidade. Essa derivação nos diz que a tecnologia é uma atividade essencialmente prática, tendo o objetivo de alterar, mais do que compreender, o mundo. A tecnologia utiliza as formulações criadas pela ciência para criar implementos e aparelhos que façam a natureza obedecer ao homem.

O termo *téchne* significa também fabricar, produzir, fazer ou construir, principalmente coisas materiais, através do trabalho ou da arte, como também causar fenômenos naturais, ações ou eventos. Em conformidade com autores trágicos gregos, pode ser compreendida, ainda, como a habilidade, em geral, o método, a maneira, o modo de fazer. Já o substantivo τεύκος (*teckos*) significa ferramenta, instrumento ou utensílio. Na Grécia Antiga, além de adotarem os sentidos mencionados, o termo *techné* foi frequentemente mencionado em oposição a ἐπιστήμη (*episteme* = ciência, conhecimento), a λογος (*logos* = razão, estudo, teoria), a δόξα (*doxa* = opinião) e a Φύσις (*physis* = natureza ou físico). (JAPIASSU; MARCONDES, 1990).

A tecnologia, entendida genericamente, é um conjunto de conhecimentos e informações organizados, provenientes de fontes diversas como descobertas científicas e invenções, obtidos através de diferentes métodos e utilizados na produção de bens e serviços (CORRÊA, 1999).

Na Idade Moderna, mais do que em qualquer outra época, a técnica ganha o seu maior desenvolvimento, quando o termo técnica passa a ser apresentado como tecnologia. O declínio do feudalismo, provocado pelas mudanças que ocorreram nessa época (incremento

do comércio, urbanização e progressiva substituição da lei divina pela razão), possibilitou, necessariamente, desenvolvimento de um novo saber – a ciência e a técnica modernas ou tecnologia.

A razão se liberta da sobrenaturalidade e é impulsionada pelas necessidades colocadas pelos novos modos de se construir a vida, novos esquemas de pensamento – quantitativos e experimentais – e novas práticas – técnicas, financeiras, comerciais; foram criadas as condições para surgimento, também, de novos métodos e novos saberes.

Enquanto o saber medieval estava imbuído de cristianismo, o novo saber e as novas técnicas – que se constroem a partir do colapso da sociedade feudal – estão articulados às necessidades e problemas que se apresentam no processo de estruturação de uma nova sociedade. Ciência e tecnologia são, portanto, formadas com objetivos não apenas de ordem cognitiva, mas, também, de ordem prática. A tecnologia, como toda produção humana, precisa ser pensada dentro de um contexto social.

O eixo epistemológico que se estabelece pode ser representado da seguinte maneira: ciência + técnica = tecnologia. É um novo modo de se obter e utilizar o conhecimento. A interação do racional com o empírico criou uma nova perspectiva sobre o quanto os homens entenderiam a natureza e o quanto seriam capazes de transformá-la, além de utilizar suas forças. A obediência ao desejo de poder, a vocação para dominar e controlar estão no interior do empreendimento científico. A partir da Idade Moderna, há uma junção entre a teoria e a aplicação, entre a ciência e a técnica, que são inseparáveis.

Segundo Corrêa (1999), a ciência – enunciados (leis, teorias) que permitem conhecer a realidade e modificá-la – e a técnica – que promove a transformação do real, consistindo em operações que visam satisfazer determinadas necessidades, se combinam e formam um

plano, uma concepção, um desígnio a ser realizado. Para a autora, o ser humano tem a capacidade de inventar técnicas, aperfeiçoá-las e transmiti-las; por isso, nem toda técnica deriva da ciência, mas a ciência é que fornece a ela novos objetos de pesquisa e amplia meios para a própria investigação.

A partir da Segunda Guerra Mundial, as tecnologias alcançam novos avanços em que a humanidade jamais teria acreditado que chegaria um dia. A tecnologia moderna não só produz máquinas e ferramentas físicas, mas também organiza e sistematiza as atividades. A tecnologia física (pesada) se apoia nas ciências naturais, e a tecnologia não física (leve), nas ciências comportamentais. Esse último viés abordado sobre a tecnologia nos remete aos estudos que buscam mudanças no modo de produzir saúde, no Brasil (KOERICH; BACKES; SCORTEGAGNA; *et. al.*, 2006).

Produzir tecnologia é produzir coisas que tanto podem ser materiais, como produtos simbólicos que satisfaçam necessidades. Essa tecnologia não se refere exclusivamente a equipamentos, máquinas e instrumentos, mas, também, a certos saberes acumulados para a geração de produtos e para organizar as ações humanas nos processos produtivos, podendo ser representados por meio de símbolos, em conformidade com o entendimento que perpassa a transversalidade do conceito de tecnologia.

Tecnologia é, também, um conjunto de conhecimentos (científicos e empíricos) sistematizados, em constante processo de inovação, os quais são aplicados pelo profissional de enfermagem em seu processo de trabalho, para o alcance de um objetivo específico.

Importante se faz, aqui, que estabeleçamos alguns conceitos elaborados por Merhy; Magalhães; Rimoly *et al* (2006), para a compreensão do processo de trabalho. Utilizaremos, portanto, o exemplo relatado pelos autores, que se refere ao trabalho do marceneiro.

Segundo os autores, para que o marceneiro produza uma cadeira, ele utiliza alguns componentes: o trabalho em si – que é o ato próprio de executar a operação, o conjunto de elementos utilizados como matéria prima (madeira, prego) e as ferramentas (martelo, serrote) utilizadas por ele para a produção da cadeira. Estes três elementos reunidos não produzem uma cadeira se não forem articulados, através de certo modo de organização, com uma determinada finalidade, pela ação e desejo do marceneiro. Para chegar ao produto final, o marceneiro utilizou sua “sabedoria”; sem ela, não haveria produção da cadeira, mas simplesmente um “amontoado de materiais”.

Observamos que essas ferramentas e a matéria prima são produto de um trabalho anterior; ou seja, um dia, foram produzidas por outro marceneiro, mediante um trabalho em ato; um dia, elas foram trabalho vivo, mas, hoje, são denominadas trabalho morto, estão “cristalizados”. A sabedoria utilizada pelo marceneiro para produzir a cadeira, com um modelo que lhe agrada, ou agrada àquele sujeito que a encomendou, chamamos de saberes tecnológicos ou um certo modo de saber fazer algo. Interessante lembrar que o homem tem autonomia para se utilizar (ou não) desse trabalho morto (instituído) na realização do seu trabalho vivo (instituinte).

Estabelecendo correlação destes conceitos com o trabalho em saúde, Merhy, Magalhães, Rimoly *et al.* (2006, p. 120- 121) afirmam:

O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados.

1.5 Os protocolos/diretrizes clínicos como ferramentas tecnológicas para o cuidado em enfermagem.

O termo *protocolo* foi introduzido pelo Círculo de Viena, para indicar o registro do dado imediato ou experiência direta (sensação, percepção, emoção, pensamento, etc). As “proposições protocolares” são as que contêm unicamente protocolos e, por isso, fazem referência direta aos dados imediatos; por serem instrumentos da verificação empírica, não precisam ser conferidos porque sua verdade é garantida pelo protocolo que contém, graças ao qual correspondem imediatamente ao lado empírico. A noção de protocolo está ligada à fase do neopositivismo que, para declarar significativa uma proposição, exigiu a verificação direta da proposição mediante protocolos e para serem significativos, os enunciados devem ser confiáveis. (ABBAGNANO, 2000 *apud* ALCANTARA, 2005).

A expressão inglesa *clinical practice guidelines*, traduzido como diretrizes clínicas, pode ser definida como recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar profissionais de saúde e pacientes na tomada de decisão acerca de cuidados de saúde apropriados para circunstâncias clínicas específicas. O termo acaba acolhendo as designações ‘padrões clínicos’, ‘protocolos’, ‘parâmetros’, ‘algoritmos’, além de outros que exprimem recomendações sobre cuidado clínico apropriado e devem oferecer informações ou passos e de maneira clara. (FIELD; LOHR, 1992).

Os protocolos e diretrizes apresentam inúmeros benefícios. Entretanto, grande parte das publicações a respeito enfatiza dois objetivos: (a) melhora na qualidade do cuidado de saúde oferecido ao paciente; e (b) orientação adequada na alocação de recursos na assistência à saúde. Além disso, diminuem a variabilidade da prática clínica, diminuem a assimetria da informação, chamam a atenção para problemas de saúde e grupos de pacientes

negligenciados por políticas públicas e podem servir como instrumento educativo para futuros profissionais de saúde e recém-formados. (WOOLF; GROL; HUTCHINSON, 1999; WOLFE *et al.*, 2004).

Estudos demonstram que a implantação de protocolos e diretrizes na prática clínica confere melhoria da qualidade do cuidado prestado. Entretanto, na prática clínica, percebe-se a adesão incompleta, ou até mesmo não adesão, a esses instrumentos. Vários estudos e revisões sistemáticas têm sido realizados com o propósito de desvendar as possíveis causas da não utilização dos protocolos e diretrizes ou da não obediência completa às suas recomendações. Rigidez na aplicação para pacientes individuais, recomendações muito simplificadas ou “livro de receitas”, redução da autonomia profissional, desconhecimento sobre determinado protocolo, falta de familiaridade, falta de confiança nas evidências que suportam o protocolo ou no órgão ou entidade que o produziu, são algumas causas citadas pelos profissionais de saúde que os levam a não adesão (KAISER, 2005; WOLFE *et al.*, 2004; FORMOSO *et al.*, 2001).

Os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, baseadas, preferencialmente, na melhor informação científica. Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica (BRASIL, 2008).

Medidas de controle de qualidade total têm sido implementadas para atuar, especificamente, na redução da variabilidade da prática clínica, com destaque para as diretrizes práticas, recomendações de especialistas e grupos de classe e, mais recentemente, protocolos assistenciais.

O protocolo de cuidados de enfermagem é a padronização do cuidar, é discernir quais os cuidados necessários e estabelecer prioridades na assistência de enfermagem ao cliente. A padronização é a pedra fundamental para o melhor tratamento, constituindo a base para as decisões clínicas de atendimento. Logo, os enfermeiros, em conjunto e fundamentados cientificamente, promoveram uma melhor análise das questões com as quais lidam cotidianamente, favorecendo, assim, uma assistência de enfermagem rápida, eficaz e sem danos. (SCHWEITZER, 2009).

A construção do protocolo de cuidados de enfermagem, de forma coletiva mais do que de forma individualizada, amplia a possibilidade de aquisição e avanço de conhecimentos e, com isso, descobertas de escolhas de procedimentos, com novos modos de pensar.

O processo educativo, no contexto da construção do protocolo sistematizado, se constituiu em uma estratégia de instrumentalização dos enfermeiros diante de questionamentos e, ou, situações do cotidiano que necessitam aquisição e, ou, aprimoramento de conhecimentos. Pode-se dizer que é um processo coletivo de olhar a realidade da assistência prestada no ambiente e que os conteúdos são gerados pelas necessidades dos indivíduos, pelos interesses do grupo e com a participação efetiva de todos os envolvidos.

Galvão (2002) bem como Drumond, Silva e Coutinho (2004) informam que tal instrumento agrega um conjunto de recomendações estruturadas, baseadas em uma avaliação crítica da melhor evidência disponível, em detrimento do processo baseado em opinião informal.

Considerados documentos abrangentes tratando de um assunto específico, práticos e concretos, os protocolos têm finalidade de padronizar condutas que auxiliam o raciocínio e a tomada de decisão dos profissionais devidamente adaptados à experiência e ao contexto profissional. (POTTER; PERRY, 2009).

Ao observarmos atentamente o processo de trabalho e intervenções de enfermagem, percebemos que, além dos vários instrumentos e, ou, máquinas disponíveis para aprimoramento na prestação do cuidado, também mobilizamos conhecimento técnico-científico, e que estes também podem ser adaptados à realidade e ao desejo do cliente. Essas interfaces, esses entrelaçamentos sugerem uma harmonia no processo de cuidar, revelando uma nova forma de saber-agir em enfermagem, considerando a diversidade e variedades da “dimensão cuidadora”.

Não obstante, as tecnologias em saúde colaboram para uma prática clínica diferenciada, devendo ser entendidas nos seus diversos âmbitos e não apenas como a utilização de equipamentos e ferramentas complexas, mas também como a complexidade do cuidado direto oferecido à clientela.

Os protocolos, dependendo de como são estruturados e aplicados, podem ser entendidos como apropriação de tecnologias para o cuidado. Portanto, sugerem a implementação de um saber agir diferente, que considera, além da condição clínica do cliente, a incorporação do desejo/necessidade deste para só então deliberar sobre a decisão clínica.

O termo “tecnologia” é, algumas vezes, entendido ou aplicado como um objeto físico, tal como as máquinas; no entanto, seu significado vai muito além. Nesse contexto de atenção à saúde, utilizaremos como referencial as concepções de Merhy e Onocko (1997).

Para o autor, quando falamos sobre tecnologia em saúde, não nos referimos apenas ao conjunto de máquinas que são usadas não ações do cuidado, mas também às aplicações do saber científico, clínico, epidemiológico, juntamente com as relações de acolhimento, vínculo com estabelecimento de redes de contato entre o profissional, o cliente, a família deste.

Ao olharmos com atenção os processos de trabalho realizados no conjunto das intervenções assistenciais, vamos ver que – além das várias ferramentas-máquinas que usamos – mobilizamos intensamente conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais, bem estruturados. O que nos permite dizer que há uma tecnologia menos dura do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho, que está sempre presente nas atividades de saúde, e que denominamos leve-dura. É *leve* por ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrita na sua forma de pensar e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é *dura* na medida em que é um saber fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado. É leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrito na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida em que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado.

Entretanto, quando reparamos com maior atenção ainda, vamos ver que, além dessas duas situações tecnológicas, há uma terceira, que denominamos *leve*, identificada no processo relacional através dos momentos de falas, escutas e interpretações, momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 1999).

Diante dessa complexa configuração tecnológica em saúde, defendemos a noção de que só uma conformação adequada da relação entre os três tipos é que pode produzir qualidade a fim de não se perder de vista a dimensão cuidadora do enfermeiro e de toda a equipe multiprofissional na assistência ao cliente.

É necessário que os enfermeiros voltem parte dos esforços investigativos para o estudo das tecnologias que estão relacionadas à natureza do seu trabalho – o cuidado do cliente nas diversas etapas do seu ciclo vital.

A maioria das técnicas fundamentais desenvolvidas pela equipe de enfermagem corresponde à aplicabilidade de tecnologias leves-duras, considerando que se sustentam em um saber estruturado e que se referem a um interseco de diversas ciências como a anatomia, a fisiologia, a biomecânica, a microbiologia, a farmacologia, a psicologia, a bioética, entre outras (SOUZA, 1976).

Contudo, Nascimento (2004) refere que o saber fazer enfermagem baseado na prática clínica do enfermeiro tem sido foco de poucos estudos e publicações, em detrimento de outros enfoques de igual valor, mas que, no entanto, trazem outras formas de contribuições para elevá-la, sim, à condição de profissão socialmente instituída, se considerar que o produto social da enfermagem é o cuidado.

Os protocolos representam, nessa perspectiva, a aplicação de um tipo de tecnologia leve-dura voltada diretamente para o cuidado. Devem, portanto, ser desenvolvidos de modo sistemático para ajudar os profissionais e os clientes na decisão sobre o cuidado apropriado ao atendimento das condições de saúde específicas.

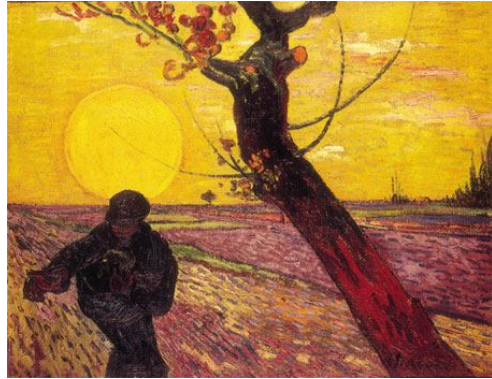
Diante de tais considerações, torna-se relevante compreender como os protocolos clínicos se inserem nas estruturas e que suporte teórico tem balizado sua aplicabilidade.

Segundo Formoso (2001), existem duas abordagens: na primeira, os protocolos são vistos como ferramentas que têm a função de garantir a autonomia profissional; na segunda, percebidos sob uma ótica organizacional, os protocolos buscam padronizar ações, controlar custos, aumentar eficiência e equilibrar a utilização dos serviços.

Tentar encontrar equilíbrio entre autonomia, numa lógica de organizações que pensem, e a padronização, numa lógica organizacional que apenas reproduz, pode ser uma realidade factualmente ilusória. No entanto, buscar este equilíbrio parece ser o grande desafio. Apesar da ainda dominante lógica classicista influenciar a implantação dos protocolos, outras abordagens mais flexíveis, que promovem a participação conjunta, começam a se mostrar nas organizações de saúde.

Não obstante, a criação exacerbada e desordenada de protocolos de cunho gerencial, assistencial ou clínico não garante sua utilização nem a efetividade de atuação da equipe, pois carece de processo de sensibilização e validação, por toda a equipe, de forma sistemática e criteriosa. Salientamos que os protocolos não darão conta de todas as alternativas, mas sim procuram evidenciar as decisões mais relevantes e aplicáveis dentro das melhores recomendações.

Após tratar, brevemente, conjunturas conceituais acerca do gerenciamento do cuidado, das tecnologias em saúde e dos protocolos assistenciais, trago a primeira hipótese, que aflorou e pôde ser elucidada no decorrer da pesquisa geradora desta tese: OS PROTOCOLOS SÃO FERRAMENTAS FACILITADORAS DO GERENCIAMENTO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM.



Tela: Sower at Sunset (Vincent van Gogh)

2 Abordagem Teórico-Metodológica

*Porque esperar
Se podemos começar
Tudo de novo?
Agora mesmo,
...
Quando o sol bater
Na janela do teu quarto,
Lembra e vê
Que o caminho é um só.*

Quando o Sol bater na janela do teu quarto
(Renato Russo)

2 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA.

Neste capítulo, apresentamos o enfoque teórico norteador deste estudo, destacando os conceitos da perspectiva interacionista. O presente estudo utilizou as concepções do Interacionismo Simbólico (IS) como referencial teórico, para contextualizar a dimensão cuidadora e interacionista da utilização de protocolos assistenciais e o gerenciamento do cuidado de enfermagem. A abordagem metodológica foi subsidiada pela *Grounded Theory* – em português, Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) – como método. Essa interconexão entre a abordagem teórica e a metodológica possibilitou a descrição e a compreensão dos significados imbuídos tema desta tese.

2.1 Referencial teórico: *o Interacionismo Simbólico*

A eleição deste referencial teórico se deveu ao anseio em pesquisar o significado da realidade fenomênica apresentada no objeto estudado, pois possibilita a interpretação da concepção trazida pelos sujeitos no que tange ao gerenciamento do cuidado em enfermagem com utilização de protocolos assistenciais e à sua aproximação com os avanços tecnológicos em saúde.

Para o entendimento do gerenciamento do cuidado com utilização de protocolos, o Interacionismo Simbólico se mostra consistente, pois valoriza o significado que os sujeitos atribuem às suas experiências, encontrando-se imersos num meio onde as relações sociais se

estabelecem a partir de múltiplas representações da realidade, considerando o homem como ativo no processo de suas (re)ações.

O Interacionismo Simbólico tem sido utilizado como abordagem para o estudo de vida e da ação humana em grupo. Sua origem foi fundamentada por sociólogos americanos como John Dewey, Charles Horton Cooley, William Isaac Thomas e George Mead. Sua abordagem concebe a sociedade como entidade composta de indivíduos e de grupos em interação (consigo mesmo e com os outros).

Antes de abordar tal referencial, cabem algumas questões acerca da Escola de Chicago, uma vez que este referencial emerge no contexto desta escola (COULON, 1995).

A Escola de Chicago é reconhecida, durante o período de 1915 a 1940, como um conjunto de trabalhos de pesquisa sociológica caracterizado pela tendência empírica no sentido de produzir conhecimentos úteis ao enfrentamento dos problemas sociais ao invés da natureza moralista e jornalístico-investigativa de que estava imbuída, anteriormente, a produção de conhecimentos. As pesquisas deixam de ser apenas reflexões e passam a adotar um caráter objetivo e empírico ao investigar a realidade social.

A Escola de Chicago foi criada, em 1880, a partir do ato de John D. Rockefeller, que doou uma soma substancial, confiando a William Harper, um ex-pastor batista, a tarefa de trabalhar pelo bom êxito da nova Universidade. Por essa ocasião, a cidade de Chicago era tipicamente industrial, com forte centro capitalista. Era também um grande polo cultural, com influência protestante e de cunho moderno, reconstruída em aço e concreto após o grande incêndio de 1871.

Devido à política de ensino e pesquisa, muitos profissionais foram atraídos para Chicago. Dessa forma, em 1910, o Departamento de Sociologia, bem como o de Antropologia de Chicago, tornou-se rapidamente o centro principal de estudo e investigação

sociológica dos Estados Unidos. Na mesma década, oferecia uma centena de cursos de Sociologia e Antropologia.

Incentivados por Albion Small, os pesquisadores se dedicaram a construir a necessária objetividade para a qual deveriam tender as investigações sociológicas. Para Small, a sociologia deveria ser fundamentada não no discurso, mas nas pesquisas empíricas.

Chicago configurou-se, em curto período de tempo, como o berço da Sociologia moderna, nos Estados Unidos e, também, como uma forte referência mundial. Desde seu nascimento, a Escola de Chicago foi influenciada por outras disciplinas, por meio das quais contava com pesquisadores extremamente capazes. Por exemplo, a Filosofia foi a primeira a fundar uma linha de pensamento, o pragmatismo. A Sociologia foi beneficiada pelo clima intelectual predominante em Chicago.

É neste contexto, e dentro das novas abordagens no desenvolvimento dos estudos, que surgiram pesquisadores e estudiosos (professores e alunos) que trouxeram valiosas contribuições para a pesquisa qualitativa, em especial, a de natureza social. Assim, uma das grandes contribuições dos sociólogos que estudaram, lecionaram e, ou, atuaram na referida escola, foi o desenvolvimento de métodos originais de investigação em razão do caráter empírico predominante em suas pesquisas.

Assim é que surge o Interacionismo Simbólico. De acordo com Gomes (2005, p.62), o termo Interacionismo Simbólico foi utilizado pela primeira vez, em 1937, por Herbert Blumer. Contudo, o mesmo autor esclarece, ainda, que essa linha teórica possui suas raízes no pragmatismo de John Dewey (1859-1952), tendo como inspirador George Herbert Mead (1863-1931).

No que refere aos demais pensadores e idealizadores do interacionismo, além de John Dewey (1859-1952), George Herbert Mead (1863-1931) e Herbert George Blumer

(1900-1987), também são associadas à escola da interação simbólica os seguintes estudiosos: Charles Sanders Peirce (1839-1914), William James (1842-1910), Georg Simmel (1858-1918), William Isaac Thomas (1863-1947), Charles Horton Cooley (1864-1929), Florian Witold Znaniecki (1882-1958) e Erving Goffman (1922-1982).

Todos estes pensadores contribuíram para a construção do Interacionismo Simbólico, sendo Mead e Blumer os principais.

O interacionismo surge no contexto desta escola, com Mead, que inicia seus estudos pautando-se por trabalhos de John Dewey. Coulon (1995) elucida que Mead concordava com algumas das ideias de Dewey, que defendia o pragmatismo como uma filosofia da ação, sendo também chamado de filosofia da intervenção social. Assim, Mead apropriou-se de parte das premissas do pragmatismo, transformando-o num instrumento ativo de reforma social, pois considerava que consciência do indivíduo se formava por meio das interações e dos processos sociais.

No transcorrer de sua vida, Mead deixou vários escritos acerca do processo de interação dos indivíduos, tendo por base aspectos simbólicos. Ele foi quem mais colaborou para essa conceitualização, delineando um protótipo da perspectiva interacionista.

Segundo Gomes (2005), Mead não publicou obras completas e sistemáticas sobre a teoria interacionista, mas se destacou a partir de palestras, aulas, notas e manuscritos que foram organizados em quatro obras póstumas, assim denominadas: *Philosophy of the Present* (1932), *Mind, Self and Society* (1934), *Movements of Thought in the 19th Century* (1936) e *Philosophy of the Act* (1938). Destas, aquela considerada de maior relevância é *Mind, Self and Society*, na qual o autor aborda questões relacionadas à sociedade e ao indivíduo, expondo a gênese do *self*, bem como o desenvolvimento de símbolos significantes e o processo de comportamento da mente. Cabe ressaltar, ainda, que ele “preocupou-se em ilustrar suas proposições a partir dos fatos da vida cotidiana” (GOMES,

2005).

Durante sua vida, teve diversos discípulos, dentre eles Herbert Blumer, que aprofundou os escritos de Mead, aperfeiçoando e ampliando as ideias, contudo, mantendo-se na mesma linha de pensamento de seu mestre. Após a sua morte, deu continuidade ao interacionismo, desenvolvendo criticamente os seus aspectos – descreveu a natureza da sociedade humana não só como uma posição de vital importância a uma pessoa, como defendia Mead, mas também como uma sociedade que se constrói pelas interpretações que os indivíduos têm do processo de conviver com pessoas e com as coisas para dar-lhes significados. Embora tenha publicado diversos trabalhos sobre esta perspectiva, apenas em 1969, com a publicação de *Symbolic Interactionism: perspective and method*, uma de suas principais obras, é que suas ideias se consolidaram.

De acordo com Coulon (1995), o Interacionismo Simbólico possui algumas proposições que podem ser definidas em cinco hipóteses:

- ✓ A primeira refere-se ao fato de que vivemos num mundo simbólico e físico, no qual construímos cotidianamente através de significados pautados por nossas ações e com a ajuda de símbolos.
- ✓ A segunda retrata que tais símbolos pode-se assumir o lugar do outro.
- ✓ O terceiro diz respeito à cultura em comum de dada sociedade que, desta forma, permite prever o comportamento dos outros indivíduos.
- ✓ O quarto considera que os símbolos não são isolados e, por isso, fazem parte de um conjunto complexo de ações, diante do qual o indivíduo define seu papel.

✓ E, por fim, o quinto pressuposto trata do pensamento, que consiste num processo no qual as soluções potenciais são examinadas sob ponto de vista das vantagens e desvantagens do indivíduo, tendo em vista seus valores.

Tais concepções ratificam, complementam e corroboram as três principais premissas expostas por Blumer (1969), quais sejam:

✓ O ser humano age em relação às coisas com base nos significados que elas têm para ele;

✓ O significado destas coisas é derivado, ou seja, surge da interação social que se estabelece com outras pessoas;

✓ Estes significados são manipulados e modificados através de um processo interpretativo, usado pelo sujeito ao tratar as coisas e situações que ele encontra.

Ressalta-se que, para o Interacionismo Simbólico, cabe interpretar as ações e não julgá-las. Tal interpretação é realizada a partir dos significados que as pessoas atribuem às suas próprias ações. Dado este conhecimento, pode-se prever e compreender possíveis comportamentos e ações das pessoas, e até propor alterações.

Verifica-se que a preocupação dos representantes do interacionismo imbuí-se dos aspectos comportamentais e interacionais. Yoshioka (1996, p.7) afirma tal preocupação, elucidando que

O centro da observação está na interação, uma vez que está presente tanto no comportamento verbal como no não-verbal de um evento ou situação. A análise da interação inclui as auto-definições dos participantes e os significados que compartilham, ou seja, o significado através da ação.

Primando o ideal de busca pela compreensão do significado que os sujeitos atribuem à utilização de protocolos, no gerenciamento do cuidado, optei pelo Interacionismo Simbólico que apresenta como base teórico-filosófica a compreensão do significado da ação humana. Seu enfoque são os processos de interação – ação social caracterizada por uma orientação imediatamente recíproca, que privilegia o caráter simbólico da ação. Para tanto, as relações sociais são vistas não como algo estabelecido de maneira estática, mas como algo flexível e permitido ao reconhecimento contínuo por parte dos membros de uma comunidade.

Tendo em vista a relevância da compreensão dos conceitos tratados pelos interacionistas, apresento, subseqüentemente, a descrição dos principais conceitos do referencial teórico adotado, correlacionados com o objeto de pesquisa, de modo a esclarecer sua aplicação na presente pesquisa.

§ Os símbolos

De acordo com Bettinelli (2002), o ser humano aprende e utiliza os *símbolos* nas interações para dar significado à interação para si e para o outro. Estes, por sua vez, emergem do meio social onde se encontram inserido, estando imbricados nestes símbolos, aspectos referentes ao âmbito individual e coletivo dos indivíduos que integram uma sociedade. Desta forma, os símbolos fazem parte do pensamento e da conduta humana. O símbolo é o ponto central do interacionismo simbólico, pois, sem ele, os seres humanos não podem interagir uns com os outros.

Os símbolos constituem representações explicativas de dada realidade, são representações que refletem nosso interagir conosco e com demais membros de um grupo. Esses símbolos adquirem sentido a partir do significado que é atribuído a cada um, podendo tomar conformidade de palavras e, ou, gestos de modo a permitir a interação e a

compreensão entre indivíduos.

No que tange ao significado que os sujeitos atribuem à compreensão da interação, nas esferas enfermeiro, cliente, protocolo e gerenciamento, depreender-se-ão os símbolos oriundos dessa dinâmica interacionista, para que, posteriormente, possibilitem a construção de um modelo teórico formal, representativo dessa realidade.

§ A interação

A *interação* pode ser definida como a relação entre um indivíduo e outro e, ou, o ambiente, no sentido de buscar compreensão um do outro. Constitui-se, portanto, num processo contínuo de adaptação, desenvolvendo linhas de conduta a partir do relacionamento entre indivíduos e destes indivíduos com o meio onde se encontram.

Bettinelli (2002) enfatiza que o agir do ser humano é baseado no significado que ele depreende da própria vivência. E, para entender a natureza da interação, é preciso reconhecer a existência do *Self – Eu e Mim* – e da mente do indivíduo posto que, uma vez definidas a realidade e a situação, é possível a um assumir o papel do outro.

No tocante a esta pesquisa, para que o processo de cuidar se consolide, torna-se necessário que os sujeitos emitam significados da relação de interação entre enfermeiro, clientes e tecnologia e que, a partir de então, os enfermeiros possam gerar símbolos capazes de retratar a realidade social vivida pelos agentes e o meio em que estes se encontram. Para tanto, é preciso que o profissional de enfermagem se reconheça como participante e agente potencial de mudança da realidade percebida, sendo capaz de compreender o outro e de assumir o seu lugar, possibilitando que o processo de cuidar aconteça substantivamente.

§ A pessoa

A *pessoa* (ser humano) é o fator fundamental para que ocorra a interação, pois traz, em sua mente, no seu *Self*, a percepção crítica de mundo. Uma pessoa sem interagir com o outro pode ser comparada a uma página em branco, no sentido de interação social. Existindo algum indivíduo que nunca tenha interagido, não compartilhará símbolos, não se processa a interação, e, por conseguinte ele não terá como agir diante da ocorrência de quaisquer circunstâncias. Mediante a interação com o ambiente e demais indivíduos é que são formados a mente e o *Self*, uma vez que símbolos são criados, servindo de base para o agir e reagir do indivíduo perante os demais e o meio onde vive.

Para Moreira e Dupas (2003, p.760), indivíduo interage agindo, percebendo, interpretando, agindo novamente, sendo, portanto, ator e reator no processo, imprevisível e ativo no mundo. Assim, o indivíduo é um ator dinâmico, em constante processo de socialização e interação com o meio e com os outros, e não uma personalidade estruturada e imutável.

Tratando-se deste estudo, a “pessoa” está entendida como o enfermeiro, imerso na realidade social e no processo de cuidar do cliente em situações nas quais sejam utilizados protocolos assistenciais de ação.

§ A mente

Mente se refere ao processo que se manifesta quando o indivíduo interage consigo próprio, usando os símbolos os quais emergem do processo social de comunicações. Faz parte da construção da mente, o cérebro (estrutura anatômica imprescindível para aperfeiçoar nossa comunicação com o meio através da audição, do tato, da gustação, da visão, do olfato). Entretanto, o cérebro sozinho não faz a mente. Para tal, há a necessidade da interação dos membros de uma sociedade, onde o produto dessa interação **origina** a mente que se desenvolve a partir de um *Self* estabelecido. Ou seja, para que haja o *Self* e a

mente, torna-se imprescindível a existência de indivíduos que, organizando-se em sociedade, interagindo entre si, originará, consecutivamente, através dos símbolos, seu cotidiano social (atividades/ações).

§ O *Self*

Toda pessoa possui um *Self*, o qual possibilita ao indivíduo agir socialmente em relação com as outras pessoas e consigo mesmo. Este *Self* é formado por definições feitas por outros e que servirão de referencial para que cada indivíduo possa ver-se a si mesmo. O *Self* somente se manifesta por completo quando, em uma sociedade, impreterivelmente, houver comunicação. Sem comunicação, não há desenvolvimento pleno do *Self*.

Assim, a sociedade representa o contexto dentro do qual o *Self* surge e se desenvolve. Este pode dividir-se analiticamente em duas fases: *Eu e Mim*.

Enquanto o *Eu* refere-se à tendência impulsiva do ser, definindo-se como a percepção daquilo que ele possui dele mesmo e dos outros, numa perspectiva sem influências, de modo espontâneo e desorganizado o *Mim* consiste no outro incorporado no indivíduo, ou seja, conjunto de atitudes, definições, compreensões e expectativas comuns ao grupo.

Desta forma, cada ser possui um *Self* que rege o cotidiano das ações humanas, colaborando para que ele “viva em harmonia em sua sociedade, de comum acordo com as normas, regras e leis estabelecidas, uma vez que estas condutas são construídas, cotidianamente, por meio do inter-relacionamento dos demais indivíduos através de símbolos.

§ A sociedade

Cassiani, Caliri e Pelá (1996, p.76-77) esclarecem que o Interacionismo entende a “*sociedade*” como uma entidade composta de indivíduos e de grupos em interação (consigo mesmo e com os outros), tendo como base o compartilhar de sentidos ou significados sob a forma de compreensão e expectativas comuns.

As autoras informam que Mead concebe a atividade grupal baseada no comportamento cooperativo. Este comportamento não condiz apenas com respostas às atividades dos outros, contudo, envolve intenções as quais convergem para gestos que se traduzem em símbolos, passíveis de serem interpretados. Assim, para estudar determinada situação na perspectiva interacionista, dever-se-á definir um grupo social dentro de determinada situação que se pretende desvelar. No caso desta pesquisa, o grupo social consistiu de mestres em enfermagem e enfermeiros, e a situação refere-se ao gerenciamento do cuidar realizado por estes profissionais.

§ A linguagem

Entende-se a *linguagem* como um conjunto de símbolos os quais dão sentido ao agir, com as pessoas permitindo a compreensão entre dois indivíduos. A linguagem é como um canal que permite o ser humano entender o outro. Esta pode ser mais bem especificada pelo idioma falado ou escrito dos significados atribuídos a esses símbolos ou por gesticulação, muito característico na comunicação com/entre surdos-mudos. Assim, todo conjunto de símbolos dotado de significado constitui a linguagem do processo de interação.

Em termos da pesquisa ora apresentada, caracterizaram-se os diversos símbolos os quais, em conjunto, refletem vivências de enfermeiros na gerência do cuidado. Esses símbolos, por sua vez, de acordo com a aplicação dos preceitos da Teoria Fundamentada nos Dados, possibilitaram a construção do modelo teórico dessa pesquisa.

§ A ação

A *ação* pode ser concebida como manifestação do interagir com o outro de forma consciente. Para Blumer (1969, p.82), a ação individual implica uma construção dirigida pelo indivíduo através da percepção e a interpretação das características das situações nas quais ele atua; a ação grupal ou coletiva consiste no alinhamento de ações individuais trazidas pelas interpretações que os indivíduos alocam às ações dos outros ou consideram em termos da ação de cada um.

A este respeito, Bettinelli (2002, p.30) elucida, complementando que a “ação humana é entendida como um processo contínuo de tomada de decisões (o agir), resultando das formas como o ser humano percebe e interpreta o mundo”.

Cabe ressaltar que este agir é baseado em símbolos os quais denotam significados; e uma vez conhecendo os significados atribuídos a determinada realidade, poderíamos prever possíveis comportamentos e delinear futuras ações, possibilitando que pessoas que nunca vivenciaram aquela realidade pudessem agir de forma bem próxima do real, apenas com o conhecimento dos significados que se atribuem aos seus símbolos.

Interagimos com as pessoas do mundo inteiro, de nosso meio, de nossa sociedade, que, de acordo com costumes, cultura e valores, tendem a tomar decisões pautadas pelas interações construídas a cada momento. E estes símbolos são construídos e reconstruídos cotidianamente. Conhecendo a realidade e os significados que as pessoas atribuem a dadas situações é que podemos compreender e prever futuras ações e reações de pessoas que passaram pelas mesmas circunstâncias.

Para esta pesquisa, foi preciso conhecer, inicialmente, como os sujeitos significam o ambiente, a relação e as ações do processo de cuidar. As representações que possuem e constroem cotidianamente, a partir das relações de interações, geram os significados, os

símbolos e a linguagem pela ação humana.

Foi desta forma que aplicamos o Interacionismo Simbólico, que nos permite conhecer e compreender os aspectos do universo determinado da investigação: o objeto.

Com vistas a fornecer suporte metodológico ao Interacionismo Simbólico, a Teoria Fundamentada nos Dados foi desenvolvida, tendo, desta forma, suas raízes vinculadas a este referencial teórico. Ratificando tais considerações, Santos e Nóbrega (2002, p.578) esclarecem que

O interacionismo simbólico é o referencial teórico que dá sustentação ao método possibilitando ao pesquisador focalizar sua análise no significado simbólico, a fim de entender o comportamento dos sujeitos como se ele estivesse no, lugar dele, ou seja, entender o mundo a partir da perspectiva do sujeito.

2.2 Referencial metodológico: *Grounded Theory* (Teoria Fundamentada nos Dados)

No que tange ao suporte teórico do método utilizado – Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), Moreira e Dupas (2003) explicam que consiste numa abordagem de pesquisa qualitativa com o objetivo de descobrir teorias, conceitos e hipóteses baseados nos dados coletados, ao invés de utilizar suposições predeterminadas. Possui raízes no Interacionismo Simbólico e compreende a realidade a partir do conhecimento da percepção ou significado que certo contexto ou objeto tem para pessoa. Sendo assim, acredito que houve fundamentação para a construção de um modelo de gerenciamento, uma vez que tal teoria

trabalha com a compreensão (*o que?* e *como?*) do fenômeno tal qual ela emerge dos dados coletados e não de conceitos e acreditações do pesquisador.

Este referencial foi desenvolvido por Barney Glaser e Anselm Strauss, no início da década de 1960. Strauss graduou-se na Universidade de Chicago. Desta forma, desfrutava de conhecimentos inerentes à tradição em pesquisa qualitativa dessa Universidade, possuindo influência do Interacionismo Simbólico e do Pragmatismo. Em contrapartida, Glaser trouxe a influência da pesquisa quantitativa inovada por Lazarsfeld e sua experiência com pesquisa empírica conjugada com o desenvolvimento da teoria. Assim, foi da conjugação das características de ambos os pesquisadores que se originou a Teoria Fundamenta nos Dados, cuja sistematização técnica e procedimentos de análise capacitam o pesquisador a desenvolver teorias sociológicas sobre a vida dos indivíduos, seu mundo, uma vez que alcança significação, compatibilidade entre teoria e observação, capacidade de generalização, reprodutibilidade, precisão, rigor e verificação. (STRAUSS; CORBIN, 2008).

§ A análise da literatura na Teoria Fundamentada nos Dados

Conforme os preceitos de Glaser (1992) e de Strauss e Corbin (2008) daremos maior importância não ao problema de pesquisa bem focalizado, mas sim ao problema de pesquisa que emergirá a partir da coleta de dados. O pesquisador traz algum conhecimento de literatura para o estudo, mas o leitor notará que uma revisão exaustiva de literatura não é realizada. Ela surge diretamente dos dados. A Teoria fundamenta-se na realidade da cena social e não tem a pretensão de testar seus achados, mas de acrescentar outras ou novas perspectivas de atuação. O produto de muitos estudos com o método da Teoria Fundamentada constitui um modelo conceitual ou teórico que busca explicar o fenômeno estudado.

Uma questão crítica presente no processo de elaboração de uma teoria fundamentada nos dados é a influência que ideias, noções e paradigmas pré-estabelecidos na mente do pesquisador possam exercer sobre os procedimentos de coleta e análise dos dados. Segundo Glaser (1992), na Teoria Fundamentada nos Dados, os textos publicados na literatura são considerados mais uma fonte de dados que o pesquisador pode acessar e integrar, pelo método da Análise Comparativa, à teoria.

Straus e Corbin (2008) afirmam que não é atribuída aos dados provenientes da literatura uma posição de privilégio, quando comparada aos dados da pesquisa. O pesquisador aproxima-se da literatura como informação e levanta questionamentos sobre a validade dos dados, comparando-os e relacionando-os a conceitos.

Uma ampla revisão da literatura foi feita no decorrer deste estudo, como parte do processo de pesquisa, com o intuito de preencher as necessidades demandadas pela análise dos dados provenientes das entrevistas. A literatura auxiliou, também, na elaboração de hipóteses, na delimitação de propriedades de categorias e na definição dos códigos teóricos.

Algo importante a esclarecer refere-se ao fato de a Teoria Fundamentada nos Dados não se construir a partir de teorias já existentes, ou seja, ela se fundamenta em dados da própria cena social; e, ainda, não tem a pretensão de refutar ou provar o produto de seus achados, mas sim de acrescentar outras/novas perspectivas para elucidar o objeto investigado (TREZZA, 2002, p.26).

Algumas considerações são essenciais no que refere a algumas especificidades desta abordagem em relação às demais de cunho qualitativo. Tais considerações, apresentadas sucintamente, no Quadro 1, a seguir, baseiam-se em Strauss e Corbin (2008), Polit, Beck e Hungler (2004), Cassiani, Caliri e Pelá (1996), Santos e Nóbrega (2002), Bettinelli (2002).

<ul style="list-style-type: none"> • A revisão de literatura não é o passo inicial do processo de pesquisa, uma vez que emergirá da coleta e da análise dos dados. Estes é que irão direcionar o pesquisador a obter mais informações na literatura.
<ul style="list-style-type: none"> • As hipóteses são criadas a partir do processo da coleta e análise dos dados e não antes de o pesquisador entrar em campo.
<ul style="list-style-type: none"> • As teorias geradas podem ser formais ou substantivas, uma vez que são construídas em áreas de pesquisa empírica. Desta forma, o conhecimento se constrói a partir da interação social, de informações e compreensão da atividade e das ações humanas.
<ul style="list-style-type: none"> • Os dados são coletados e analisados concomitantemente, descrevendo, portanto, as primeiras reflexões no início da fase de coleta. Este processo é denominado análise constante.
<ul style="list-style-type: none"> • O método é circular e, por isso, permite ao pesquisador mudar o foco de atenção e buscar outras direções, reveladas pelos dados que vão entrando em cena.
<ul style="list-style-type: none"> • Trabalha-se com o conceito de amostragem teórica, que se refere à possibilidade de o pesquisador buscar seus dados em locais ou através do depoimento de pessoas que indicam deter conhecimento acerca da realidade a ser estudada. Assim, podem-se realizar pesquisas em mais de um campo de coleta de dados. Ou, ainda, reestruturar os instrumentos, com mudança no foco das perguntas (no intuito de especificar e explorar a realidade investigada), ou na forma como se questiona, de modo a se aproximar do entendimento dos sujeitos e, assim, esgotar o máximo de informações.
<ul style="list-style-type: none"> • Construção de <i>memos</i> ou memorandos, que consistem numa forma de registro da formulação da teoria e podem tomar conformação de notas de codificação, notas teóricas, notas operacionais metodológicas, notas de observação e subvariedades. Eles são construídos durante todo o processo de coleta e análise dos dados.
<ul style="list-style-type: none"> • O uso da literatura é limitado antes e durante a análise, para evitar sua influência excessiva na percepção do pesquisador, pois a literatura pode dificultar a descoberta de novas dimensões do fenômeno.

QUADRO 1. **Algumas especificidades da Teoria Fundamentada nos Dados**

Para Strauss e Corbin (2008), os procedimentos quantitativos devem ser considerados como um potencial aliado para a construção de teoria quando seu uso parecer apropriado e adequado ao ponto de vista do pesquisador, levando em conta sua familiaridade e facilidade em lidar com os dados, de maneira confiável e autônoma. Pesquisas envolvem levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que “estimulem a compreensão”.

Não obstante, a metodologia inicialmente eleita atendia à necessidade de clarificar o processo de investigação da problemática do estudo, considerando tanto os dados objetivos quanto os subjetivos emergidos da pesquisa.

Um traço importante da Teoria Fundamentada em Dados é que a coleta e a análise de dados ocorrem simultaneamente, mediante organização destes. Utiliza-se a técnica da amostragem teórica, em cujo desenrolar o pesquisador começa anotando indicadores ou palavras, ações ou acontecimentos reais, identificados nos dados, e conceitos ou abstrações são desenvolvidos a partir dos indicadores (STRAUSS; CORBIN, 1990). A saturação dos dados será percebida pelo pesquisador, quando houver a paralisação de novas informações, com conseguinte sensação de fechamento.

Na Teoria Fundamentada nos Dados, o processo de análise de dados processa-se por três etapas interdependentes, o cumprimento de uma não necessariamente implicando impedimento de retornar à primeira, uma vez que o movimento é circular. Estas três etapas são assim denominadas: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva.

O processo de codificação visa à redução dos dados que são fundamentais para se formular a teoria através de um grupo pequeno de alta abstração, delimitando terminologia e conceitos textuais (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 2002).

O processo de análise consiste em conceituar os dados coletados. Esses dados, primeiramente, constituem-se em dados brutos, em seguida códigos preliminares, passando a códigos conceituais e, posteriormente, a subcategorias e categorias. Também, é permitido às categorias convergirem a fenômenos, dependendo da importância e da expressão simbólica dada pelos sujeitos. A categoria pode ser uma palavra ou um conjunto de palavras que designam um nível elevado de abstração, enquanto os códigos são conceitos que também podem ser expressos por palavras ou siglas que, em conjunto, desvelam o caráter abstrato, constituindo as categorias. E uma categoria pode tornar-se fenômeno, que constitui representações características comuns que conduzem à teoria.

Conforme exposto, o processo de codificação apresenta-se em três etapas – codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva – que serão apresentadas a seguir, individualmente.

§ O Processo de Codificação.

§ PRIMEIRA ETAPA: Codificação aberta

A codificação aberta consiste na primeira etapa do processo de análise dos dados; de acordo com Santos e Nóbrega (2002), inicia-se o processo de codificação manualmente, ou seja, realizam-se leituras das entrevistas, submetendo-as ao processo de codificação, linha a linha, no qual se pode utilizar uma palavra ou frases que expressem a essência do discurso dos depoentes, configurando o processo de microanálise.

Nesta etapa, o pesquisador realiza leitura atenta e, a partir das palavras, frases, parágrafos e, ou, gestos oriundos das entrevistas, ele examina, reflete, compara, reflete e conceitua. Para cada dado bruto (fragmento da entrevista), atribui-se palavra/expressões formando os códigos. De modo didático, esta etapa consiste em ‘abrir’ o texto (dados brutos), possibilitando uma interação mais próxima entre os dados e o pesquisador.

§ SEGUNDA ETAPA: Codificação axial

Após a realização da codificação aberta, os códigos são reagrupados de novas formas, originando-se os códigos mais abstratos que podemos chamar de categorias.

Estes códigos que originarão categorias, segundo Strauss e Corbin (2008), são unidades básicas de análise. Os componentes dos referidos termos conceituais são incidentes

e eventos analisados como sinalizadores potenciais de um fenômeno.

As bases da revelação teórica da construção que se descortina partem de certos conceitos que se tornam categorias. Assim, as categorias são conceitos bem desenvolvidos, abstratos, pertencem a níveis superiores e derivam de um agrupamento de conceitos; sua classificação parte de níveis inferiores e relaciona-se a um fenômeno particular e específico.

O objetivo desta etapa é reorganizar os códigos em um nível maior de abstração. Assim, novas combinações são, novamente, estabelecidas de modo a formar as subcategorias que, por sua vez, serão organizadas compondo categorias, de tal forma que se inicia o delineamento de conexões primando por explicações precisas dos fatos da cena social em estudo.

Como estratégia para construir as categorias, sugerem-se perguntas aos dados, tais como: quando ocorre, onde ocorre, por que ocorre, quem provoca, com que consequências. Com estas simples perguntas, auxilia-se o processo de construção de categorias e fenômenos. Após construir as categorias, elas são comparadas, relacionadas, interconectadas para formar o modelo paradigmático proposto por Strauss e Corbin (2008).

Santos e Nóbrega (2002, p.557) ratificam tal modelo, elucidando que “tais procedimentos capacita-nos a pensar sobre os dados e relacioná-los de modo mais complexo”, de forma que a resposta de cada um de seus elementos possa garantir a saturação teórica.

Tais elementos podem ser elucidados da seguinte forma, de acordo com Strauss e Corbin (2008):

- As condições causais são os elementos e, ou, situações que possibilitam o

surgimento do fenômeno;

- O fenômeno é a ideia ou evento ou acontecimento central aos quais as ações e interações estão relacionadas;
- O contexto é a especificidade que envolve o fenômeno e o que condiciona a ação/interação;
- As condições intervenientes são constituídas pelo tempo, espaço, cultura, situação econômica e tecnológica, história, biografia pessoal, dentre outros;
- As estratégias de ação/interação são identificadas com o caráter processual (sequências, movimento, mudanças, dentre outros), com um propósito, uma finalidade, sendo importantes também as não ações; e
- As consequências devem ser consideradas como o resultado/resposta, positivo ou negativo.

Cabe enfatizar que este modelo é aplicado para correlacionar categorias, sendo imprescindível para formulação da Teoria Fundamentada nos Dados coletados da realidade investigada.

§ TERCEIRA ETAPA: Codificação seletiva

A codificação seletiva consiste na terceira etapa, tendo por objetivo refinar e integrar categorias, desvelando uma categoria que se considere como central, permeando todas as demais, e que consistirá na teoria da pesquisa. No que se refere à teoria, Dantas (2005), Valadares (2006) e Bettinelli (2002) afirmam:

- As teorias geradas na TFD podem ser consideradas formais ou substantivas;
- As teorias substantivas são desenvolvidas em áreas de pesquisa empírica;
- As teorias formais existem no nível conceitual de interrogação, explicando um determinado processo que deriva de várias teorias substantivas e as transcende;
- As teorias podem ser classificadas de acordo com níveis: metateoria, de grande porte, médio porte, pequeno porte.
- Metateoria: trata de assuntos filosóficos e metodológicos;
- De grande porte: se atém a explicações globais, possibilitando o entendimento de um fenômeno sob aspecto mais abrangente;
- De médio porte: mais limitada, em comparação com as teorias de grande porte;
- De pequeno porte: menos abrangente ainda, quando comparadas às demais.

Assim, na etapa da codificação seletiva, todas as categorias são abstraídas, analisadas, refletidas, sistematizadas, interconectadas, e nela o pesquisador encontrará o fenômeno central, que será a categoria central, de onde emergirá a teoria.

A esse respeito, Santos e Nóbrega (2002) ratificam que, na última fase do processo de codificação, há a organização adequada de todos os códigos, categorias e subcategorias emergidas, de modo a evidenciar a categoria central que nasce mediante a relação harmoniosa desses agrupamentos, tornando-se explícita a experiência vivenciada pelos entrevistados no que tange à construção do modelo conceitual.

A apresentação dos dados, em todas as etapas do processo de categorização, pode

ser referenciada por meio de diagramas e quadros, facilitando a reflexão sobre os dados. Ressalta-se que, em todas as etapas, deve-se exercitar pensamento crítico-reflexivo, em que a subjetividade deve fluir, em todos os momentos, a fim de se descobrirem as pontes de ligação entre as diversas categorias, possibilitando, dessa forma, a integração entre todas as demais.

§ A Teoria Substantiva.

Strauss e Corbin (1990) recomendam aos pesquisadores que procedam à publicação da teoria somente no momento que estiverem certos de que o arcabouço analítico construído constitui uma teoria substantiva, compondo um manifesto sensato e correto sobre o tema em estudo, com capacidade de ser visto, compreendido e utilizado por outras pessoas.

Guardadas as proporções, o momento da defesa deste estudo cumpre o papel de uma primeira divulgação do modelo oriundo dos dados coletados. Inspirada em Strauss (1990), a autora está alerta e consciente da possibilidade de incompletude da sua construção teórica, representada nas brechas e falhas que a integração da teoria pode apresentar. Propõe-se a buscar uma melhor elaboração da teoria, fazendo revisões contínuas e aprimorando sua análise; preenchendo lacunas, aprofundando-se nos detalhes e amarrando pontas soltas. É preciso adotar uma postura de “eterno-desenvolvimento”, que contribui para a riqueza, a complexidade e a densidade da teoria.

§ Amostragem teórica

Amostragem teórica é o processo de coleta de dados com o objetivo de procurar lugares, pessoas ou acontecimentos que maximizem as oportunidades de descobrir variações

entre conceitos e fazer mais densas as categorias, suas propriedades e dimensões. O pesquisador coleta, codifica e analisa seus dados e decide quais informações são necessárias proximamente e onde encontrá-las. Esse processo é condicionado pela teoria emergente e depende das respostas do pesquisador às perguntas que se autopropõe sobre que grupos, subgrupos, populações, eventos ou atividades deverá pesquisar na sequência do seu trabalho e com que propósito teórico. A direção da evolução da pesquisa, em termos de coleta de dados, não é circunstancial e segue, então, os critérios de propósito teórico e relevância. Importante destacar que o objetivo não é coletar o máximo de dados possível em determinado grupo, mas coletar dados referentes às categorias, visando à geração de propriedades e hipóteses, e determinando, assim, a profundidade da amostragem. (CHARMAZ, 2009).

Ao identificar espaços não preenchidos ou cobertos pela teoria, o pesquisador passa a buscar novas fontes e, ou, locais de coleta de dados ou novos estilos de entrevistas, focando as questões nos temas emergentes de seu interesse para completar o estudo.

§ Saturação teórica.

Na aplica o do método da Teoria Fundamentada nos Dados, não se predizem quantos grupos participarão do estudo. Enquanto o pesquisador está absorvido pelo desafio de construir uma teoria, pode ser que vários grupos ou situa es sejam envolvidos na pesquisa. Entretanto, em determinado momento,   necessário definir um critério que julgue quando a amostragem se mostra suficiente para aquele ponto teórico. Este critério de juízo   a *satura o teórica*. Segundo Charmaz (2009), a satura o teórica ocorre quando análises adicionais não mais contribuem para descobrir algo novo sobre uma categoria. Quando isto ocorre, deixa-se de codificar os dados para aquela categoria.

Pode se considerar uma categoria saturada quando: — Não haja dados novos importantes que pareçam emergir para alocar em uma categoria; — A categoria está bem desenvolvida nas suas propriedades e dimensões; — As relações entre as categorias estejam estabelecidas e validadas.

§ Memorandos (*Memos*).

Outra etapa no processo de geração da teoria é a produção escrita de *memorandos*. Os memorandos são a externalização de ideias, por meio de registros escritos, sobre códigos e suas relações, levando ao nível mais abstrato conceitos que emergem do processo de análise dos dados.

A produção de memorandos tem por objetivo o desenvolvimento teórico de ideias, com total liberdade do pesquisador com relação ao seu conteúdo para que possam ser ordenados indiscriminadamente. Ao elaborar memorandos, o pesquisador eleva os dados a níveis conceituais, desenvolve as propriedades de cada categoria, elabora hipóteses sobre conexões entre categorias e suas propriedades, começa a integrar essas conexões em conjuntos de categorias e situa a teoria emergente em relação a outras teorias potencialmente relevantes. (STRAUS; CORBIN, 2008).

Tais registros podem ter diversos formatos:

- ✓ *Notas de codificação*: referem-se aos *memos* que contenham produtos reais dos três tipos de codificação – aberta, axial e seletiva.

- ✓ *Notas teóricas*: são *memos* sensibilizadores e resumidos que contêm as considerações e ideias do pesquisador sobre a amostragem teórica e outras questões.

- ✓ *Notas operacionais*: contém direção dos procedimentos e lembretes.

Os memorandos foram escritos desde as primeiras etapas da pesquisa, em conjunto com a coleta de dados e a codificação. Considerando que são um depósito de ideias analíticas que podem ser agrupadas, ordenadas, classificadas e recuperadas, a produção sistemática de memorandos facilita a articulação da teoria. Se os códigos conceituam os dados, os memorandos revelam e relacionam, por meio de códigos teóricos, as propriedades dos códigos substantivos. Os memorandos também servem para a orientação da amostragem teórica, indicando espaços vazios na análise e possíveis novos direcionamentos que a emergência da teoria possa requerer.

§ Teorias substantiva e formal.

Por meio da análise comparativa, podem-se gerar dois tipos de teoria: substantivas ou formais. *Teorias substantivas* são mais específicas quanto a grupo e lugar. São teorias desenvolvidas para uma área da investigação sociológica empírica e substantiva, como relações de raça, cuidado de pacientes, educação profissionalizante, delinquência, ou pesquisa organizacional. *Teorias formais* são desenvolvidas para uma área de investigação sociológica formal, conceitual, como estigmas, comportamentos desviados, organização formal, socialização, autoridade e poder, ou mobilidade social. Os elementos da teoria gerada por meio da análise comparativa e pela sensibilidade teórica do pesquisador são, primeiramente, categorias e suas propriedades conceituais, seguidas de hipóteses e relações generalizadas entre estas categorias e propriedades.

2.3 O caminhar metodológico

Aqui, trato do desbravar metodológico e técnico da pesquisa, descrevendo, passo a passo, os critérios elegidos e as justificativas para encaminhamento de novos delineamentos.

2.3.1 Tipologia do estudo

Como o enfoque deste estudo trata dos significados atribuídos pelos sujeitos ao gerenciamento de enfermagem utilizando protocolos assistenciais, buscamos aprofundar esse aspecto mediante o método qualitativo de natureza descritiva, por entender que tal abordagem atende à perspectiva de visão do mundo do pesquisador e soma-se à concepção de referencial teórico trazida no estudo.

Para Minayo (2006), qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica, ou seja, o aspecto qualitativo. Isso significa considerar o sujeito do estudo como pessoas de determinada condição social, pertencentes a um grupo ou classe com seus valores, crenças e significados. Nessa mesma linha, Minayo e Deslandes (2002) afirmam que a pesquisa qualitativa

Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO; DESLANDES, 2002, p.151).

2.3.2 Cenário

O estudo não previu cenário, porque o foco de investigação perpassa a diversidade dos significados atribuídos pelos estudiosos do eixo temático em questão na pesquisa: utilização de protocolos assistências e o gerenciamento de enfermagem. No entanto, a instituição sede da pesquisa é a Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), local onde desenvolvi esta tese.

Com vistas ao atendimento dos critérios metodológicos da TFD e ao rigor científico, apenas delimito o espaço demográfico ao Estado do Rio de Janeiro (RJ). A proposta adveio da necessidade de aproximação com os pesquisadores e interessados situados na localidade na qual a pesquisa foi desenvolvida, para apenas em momentos vindouros configurar novos cenários.

2.3.3 Sujeitos

Optei por não desenvolver a pesquisa em cenário delimitado, por compreender que as discussões acerca da utilização de protocolos e gerenciamento perpassam as dimensões institucionais.

Os critérios para a seleção dos sujeitos e da sua adequação aos grupos amostrais seguiram critérios pré-estabelecidos de exclusão e inclusão. A necessidade da busca por um segundo grupo derivou dos apontamentos e destaques nas falas do primeiro grupo, requerendo uma investigação mais consubstanciada a fim de endossar pressupostos e categorias previamente emergidas.

A seleção dos sujeitos enquadrados no primeiro grupo amostral se deu, inicialmente, pela proximidade das suas pesquisas com o objeto estudado. Foram adotadas duas estratégias para a seleção dos sujeitos: a primeira constou da busca no Diretório dos Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e busca inicial nos bancos de teses e dissertações das bibliotecas virtuais das Universidades do Estado do Rio de Janeiro.

O critério para a seleção dos sujeitos foi pautado pelas produções e linhas dos núcleos de pesquisa, conforme apontado no Currículo Lattes atualizado dos potenciais participantes. Foram considerados como critérios de inclusão para os sujeitos: possuir título de Mestre ou Doutor em enfermagem, com dissertações ou teses na área de interesse; participação em linha e núcleo de pesquisa pertinente à temática estudada nesta tese. Como critérios de exclusão, foram estabelecidos os seguintes parâmetros: membros que não endossem, com sua assinatura, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou que, por algum motivo, não concordem em participar da pesquisa; portadores de alguma deficiência cognitiva ou agravo mental que comprometa a responsabilidade direta como sujeitos de pesquisa; sujeitos que não disponham do Currículo Lattes atualizado nos últimos seis meses.

A primeira forma de seleção constou do levantamento de dados no Diretório dos Grupos de Pesquisa do Rio de Janeiro, cadastrados no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), com linhas de pesquisa que tratassem de tecnologia e enfermagem no âmbito do investigado neste estudo. Acreditei que, com essa abordagem inicial, poderia entender a distribuição dos grupos e otimizar a busca por pesquisadores que atendessem aos critérios.

Barbosa, Sasso e Berns (2009) apresentam, em seu artigo, a distribuição dos grupos de pesquisa em tecnologia na enfermagem. Informam que, entre 1982 e 2008, na Região Sudeste, existiam 32 grupos de pesquisa em enfermagem com linhas de pesquisa em tecnologia. No período de 2004 a 2008, houve um crescimento considerável, sendo criados mais 28 grupos. Isso ratifica a necessidade recente de ampliar as discussões sobre o avanço tecnológico e seu impacto na enfermagem.

O levantamento foi realizado, no mês de julho de 2010; no entanto, o censo disponibilizado pelo CNPq trata do ano de 2008. Nessa busca inicial, foram identificados sete grupos de pesquisa, sendo quatro localizados na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), um, na Universidade Federal Fluminense (UFF), e dois, na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Após a leitura da descrição dos grupos instalados no Rio de Janeiro e suas linhas de pesquisa, apenas três grupos tinham suas pesquisas em consonância com o proposto neste estudo.

A segunda estratégia na seleção partiu da busca nos bancos de teses e dissertações das bibliotecas virtuais das universidades do Estado do Rio de Janeiro. Verifiquei que três das quatro escolas de enfermagem contam com o banco de dados de teses e dissertações, ainda que não disponibilizadas na íntegra. Tal busca visou à seleção de teses e dissertações que tivessem, em seu objeto de investigação, os termos *protocolo* e *tecnologia*.

Obtive, como resultado, três dissertações e uma tese, distribuídas em duas universidades federais, estando aquelas vinculadas aos grupos de pesquisa encontrados na primeira etapa. Entretanto, dois estudos foram descartados, um por se tratar da minha Dissertação de Mestrado, e a tese, por tratar de um estudo comparativo de protocolos já existentes. Após a leitura na íntegra das produções (teses e dissertações selecionadas),

verificamos a sua pertinência para o estudo, uma vez que os sujeitos atendiam aos critérios estabelecidos.

Sumariamente, em todo Estado do Rio de Janeiro, temos três Mestres em Enfermagem selecionados como primeiro grupo amostral, pois trataram, em seus estudos (dissertações), de assuntos que permeiam as discussões sobre protocolos e tecnologia em saúde e, não obstante, possuem produções na área de interesse.

Com vistas a verificar a certeza da incidência de alguns dados, houve a necessidade de consulta a um segundo grupo amostral, este composto por três enfermeiros gerentes de serviço que participaram ativamente do processo de implementação do protocolo criado na pesquisa geradora de minha dissertação de mestrado.

Para identificação dos entrevistados, adotamos pseudônimos, a fim de manter o anonimato dos sujeitos. A eleição de pseudônimos associados aos planetas do Sistema Solar – *Mercúrio, Vênus, Marte* (primeiro grupo amostral); e *Terra, Saturno, Urano* (segundo grupo amostral) – emergiu após a descrição das categorias e subcategorias e a reapresentação esquemática da Matriz Teórica representativa do modelo paradigmático.

Atendendo às recomendações expostas na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, aos participantes foi garantida a participação voluntária em todas as fases do processo da pesquisa, bem como o anonimato dos respondentes em todas as etapas da pesquisa com a apropriação de pseudônimos. Todos esses esclarecimentos estão previstos e registrados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) concedido pelos participantes da pesquisa. Obedecendo às condições legais para desenvolvimento de pesquisas, o projeto inicial foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição-sede do

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), sendo aprovado através do parecer emitido pelos membros efetivos do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, sob o protocolo de número 017/2010.

2.3.4 As técnicas e instrumentos para a coleta de dados

Para iniciar a coleta de dados, elegemos duas técnicas entrepostas e associadas: a entrevista semiestruturada e a técnica de vinheta.

Minayo (2006) informa que a entrevista semiestruturada permite flexibilidade, possibilitando a espontaneidade do entrevistando e, ao mesmo tempo, mantendo os interesses do pesquisador, enriquecendo a investigação.

Num primeiro momento, realizei entrevista semiestruturada com um sujeito. Desse modo, fiz as devidas correções e adequações, conforme a intenção da pesquisa, e elaborei um segundo roteiro de entrevista, sendo este definitivo. Para Polit, Beck e Hungler (2004, p.161), “Esse instrumento abarca os objetivos da pesquisa e possui como meta a elucidação das percepções que os respondentes possuem acerca do mundo, sem que lhes sejam impostos a visão de mundo do pesquisador.”.

A entrevista semiestruturada, conforme Lobiondo-Wood e Haber (2001), faz parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.

O processo de entrevista foi gravado em equipamento de áudio; posteriormente, procedemos à sua transcrição imediata a fim de fidelizar as propriedades e singularidades dos dados. Conforme Gauthier *et al.* (1998, p. 23), a gravação em fita cassete representa uma das grandes formas de registro, tendo como vantagens o registro imediato de todas as expressões verbais e a liberdade para o entrevistador prestar mais atenção ao entrevistado.

Gauthier *et al.* (1998), também, abordam a importância da disponibilidade de tempo para transcrição de fitas, a fim de preencher as lacunas deixadas durante o processo da entrevista.

É indispensável que o entrevistador disponha de tempo, logo depois de finda as entrevistas, para preencher os claros deixados nas anotações, enquanto a memória ainda esta quente. Se deixar passar muito tempo, certamente será traído por ela, perdendo aspectos importantes da entrevista que lhe custou tempo. (GAUTHIER *et al.*, 1998, p.23).

No segundo momento, utilizamos a técnica de vinheta da qual aplicamos, como instrumento, o protocolo de distúrbio respiratório agudo validado na pesquisa que deu origem à dissertação de mestrado da autora. Após a entrevista, foi entregue aos sujeitos o protocolo contendo apresentação inicial e o algoritmo para implementações das ações de enfermagem para que descrevessem os entendimentos deles acerca do material. Nesta técnica, os sujeitos descreveram, numa folha em branco, as suas concepções do que vinha a ser aquele modelo de protocolo.

A vinheta também é conceituada por Polit e Hungler (2004, *apud* GALANTE *et al.*, 2003, p.358) como

[...] descrições breves de eventos, ou situações às quais os respondentes são solicitados a reagir. As descrições podem ser fictícias ou reais, mas são sempre estruturadas de modo a elucidar informações sobre as percepções, opiniões ou conhecimentos dos respondentes sobre algum fenômeno estudado.

A técnica de vinheta contempla descrições breves de eventos ou situações às quais os respondentes são solicitados a reagir. As descrições são estruturadas visando extrair informações sobre a percepção, o conhecimento ou as opiniões dos sujeitos da pesquisa sobre um determinado fenômeno. Os fenômenos são apresentados através de descrições, narrativas ou gravações em vídeos. A segunda técnica será tratada com maior propriedade no decorrer na codificação seletiva.

Segundo Gould (1996, *apud* GALANTE *et al.*, 2003, p. 358),

Quanto à pesquisa em enfermagem, a vinheta tem sido usada, principalmente, para detectar atitudes ou crenças das enfermeiras diante de grupos particulares de clientes ou como se comportariam em situações difíceis, sobretudo aquelas relativas a “pacientes difíceis” ou com estereótipos.

2.3.5 Iniciando a codificação dos dados.

Com o levantamento dos dados, os procedimentos de codificação ou análise dos dados foram iniciados, garantindo o movimento constante de idas e vindas, ou seja, da análise comparativa, até que a saturação teórica aconteça e se apresente a teoria substantiva (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996).

Para este momento, adotamos os passos da codificação aberta e da codificação axial, ficando a codificação seletiva para o momento de análise, quando propusemos uma Matrix

Teórica representativa da disposição do fenômeno central e suas categorias, surgindo um modelo de teoria substantiva da realidade investigada.

A codificação dos dados, para Strauss e Corbin (2008), compreende um conjunto de operações realizadas para analisar os dados, ou seja, o processo central para se construir a teoria. Os dados são organizados, conceitualizados e relacionados entre si.

Assim, o processo analítico foi iniciado com a **codificação aberta** da primeira entrevista, emergindo os códigos brutos e posteriormente os preliminares. Nesta, como dito por Strauss e Corbin (1990), os dados devem ser examinados cuidadosamente, linha por linha, organizados em partes distintas e comparados, para descobrir semelhanças e diferenças. Como exemplo de como se procedeu à codificação, temos o quadro abaixo.

DADOS BRUTOS	Códigos PRELIMINARES	Códigos CONCEITUAIS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Partindo do princípio de que eu tenho um cliente que se encontra em risco iminente de morte. ✓ Sou o enfermeiro responsável pelo setor e pelo paciente ou, na maioria das vezes, eu sou responsável pela assistência direta ao cliente ✓ A partir do momento em que eu chego ao plantão, eu adoto algumas estratégias no sentido de prover uma assistência de qualidade aquele cliente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliando o cliente com risco iminente de morte; • Sendo responsável pelo setor; • Sendo responsável pela assistência direta ao cliente; • Adotando estratégias para assistência; • Provendo assistência de qualidade ao cliente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementando cuidados técnicos; ✓ Avaliando a condição clínica do paciente como parâmetro para intervenção.

QUADRO 2. Exemplo da codificação aberta realizada na pesquisa.

Este quadro exemplifica o primeiro e o segundo momentos da codificação aberta. Os dados brutos geram códigos preliminares, de onde emergem os códigos conceituais.

Na apresentação dos resultados, partimos da análise das categorias e subcategorias com quadros explicativos do segundo momento da codificação aberta e do primeiro momento da codificação axial para melhor compreensão dos achados.

Os acontecimentos, sucessos, objetos e ações ou interações que se consideram conceitualmente similares em sua natureza se agrupam sob conceitos mais abstratos, denominados *categorias* (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Assim que as categorias e subcategorias emergirem, o investigador notará dois tipos de categorias: as que ele mesmo construiu (teóricas) e aquelas que foram abstraídas da linguagem da pesquisa (substantivas ou empíricas). Para Cassiani, Caliri e Pelá (1996), os conceitos abstraídos das situações tenderão a ser nomes para os processos e comportamentos que estão sendo explicados, enquanto os conceitos construídos pelo investigador serão as explicações.

Continuando o processo analítico, passamos à fase denominada **codificação axial**, que foi a análise desenvolvida em profundidade, onde tentamos descobrir o(s) problema(s) e como os agentes lidam com eles. Para Strauss e Corbin (1990), é um processo para relacionar as categorias e subcategorias. As etapas que compreendem essa fase são: a redução, a amostragem seletiva da literatura e a amostragem seletiva dos dados coletados.

Segundo Strauss e Corbin (2008), a codificação axial implica várias tarefas básicas:

- Acomodar as propriedades de uma categoria e suas dimensões, tarefa que começa durante a codificação aberta;

- Identificar a variedade de condições, ações/interações e consequências associadas com um fenômeno;
- Relacionar uma categoria com suas subcategorias por meio de orações que denotem relações de umas com outras;
- Buscar chaves nos dados que denotem como podem relacionar-se as categorias principais entre si.

Na codificação axial, temos, a partir dos códigos conceituais, o aparecimento das categorias e subcategorias, conforme vemos a seguir no Quadro 3.

CODIFICAÇÃO DOS DADOS			
CODIFICAÇÃO ABERTA		CODIFICAÇÃO AXIAL	
Códigos PRELIMINARES	Códigos CONCEITUAIS	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sendo responsável pela assistência / cuidado direto ✓ Implementando cuidados técnicos com o cliente ✓ Gerenciando o cuidado com o cliente ✓ Avaliando a condição clínica do paciente como parâmetro para intervenção ✓ Utilizando parâmetros clínicos e hemodinâmicos ✓ Questionando as práticas de cuidado com o cliente ✓ Adotando estratégias para a assistência ao cliente 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementando cuidados técnicos ✓ Avaliando a condição clínica do paciente como parâmetro para intervenção 	Gerenciando o Cuidado Direto de Enfermagem	GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM

QUADRO 3. Exemplo da codificação axial realizada na pesquisa.

Após a primeira entrevista, posterior processo de codificação aberta e axial, o instrumento usado para entrevista foi readaptado passando de seis perguntas norteadoras para três perguntas mais diretas, destinadas a atender às questões norteadoras e problematizadoras apresentadas na pesquisa.

Passando para a quarta entrevista (primeira do segundo grupo amostral), percebemos uma saturação teórica de alguns dados, principalmente, os inerentes a concepções de cunho teórico e prático das práticas de gerenciamento em enfermagem. No entanto, o terceiro sujeito foi entrevistado a fim de consubstanciar a saturação teórica.

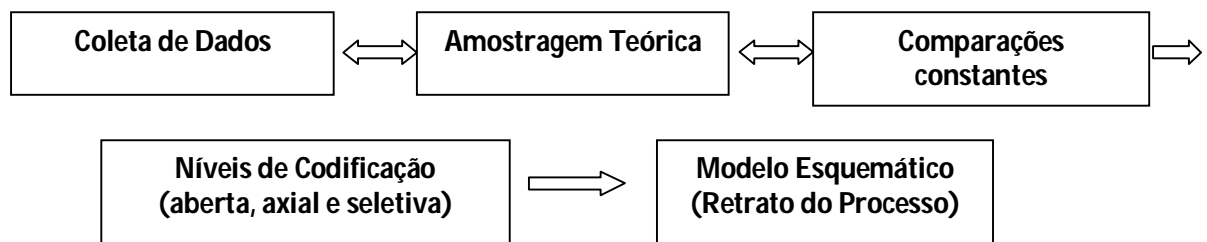
Posteriormente, foi realizada a **codificação seletiva**, por meio da qual as categorias são transformadas em categorias principais até que se chegue a uma categoria central. Esta categoria central emerge no final da análise e forma o principal tema em torno do qual todas as categorias giram. As principais categorias formarão as dimensões dessa categoria.

Assim sendo, Strauss e Corbin (1990) sugerem o modelo paradigmático como meio para agrupar as categorias e facilitar a análise dos dados, isto na codificação seletiva. Este modelo contém os seguintes elementos: condições causais, fenômeno, contexto, condições intervenientes, estratégias de ação/interação e consequências. Ao término da descrição das categorias, apresentamos uma prévia do modelo idealizado pelos autores, considerando a categorização inicial dos dados.

As condições causais, o contexto, as condições intervenientes, as estratégias de ação/interação e consequências formam as relações teóricas pelas quais as categorias são relacionadas umas às outras e à categoria central. Esse procedimento, para Cassiani, Caliri e Pelá (1996), conduz o investigador a desenvolver alguma estrutura teórica, a ser apresentada sob forma de diagramas, indo de uma estrutura conceitual, mais descritiva, para uma teórica.

Segundo Strauss e Corbin (2008), a codificação seletiva é o processo de integrar e refinar a teoria, até alcançar a saturação teórica, isto é, quando não emergem propriedades, dimensões ou relações novas durante a análise. Esta fase resulta da emergência da variável central e da integração das categorias.

Apresento, a seguir, um modelo simplificado para facilitar o entendimento do processo de codificação.



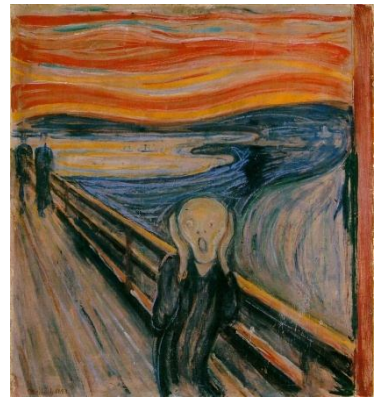
Assim, concomitantemente às entrevistas, os dados foram surgindo e sendo analisados e interpretados com base no suporte teórico inicial, procedendo-se à descrição dos achados e trazendo a interface com os autores previamente consultados para a fundamentação da pesquisa e elaboração da tese.

Durante as entrevistas e posterior codificação das categorias, foram redigidos memorandos com as ideias que foram surgindo, nos quais cada nota teórica, metodológica ou reflexiva descrita foi lançada na descrição das categorias e subcategorias em que se apresentaram.

Conforme orientação da metodologia da TFD, o aprofundamento para o capítulo de discussão com autores constituiu-se do entrelaçar entre o referencial teórico, as bases conceituais e a ideia emergida dos dados. A fundamentação advém dos dados e não de

conceitos prévios de outros autores. A realidade, ora apresentada, gera o pulso para a busca de bases conceituais já existentes, a fim de sustentar os dados originais da pesquisa.

Após este capítulo de descrição e discussão dos achados à luz dos autores, apresentaremos a seção em que elucidaremos a Matriz Teórica Substantiva, com categorias e subcategorias interconectadas à luz do modelo teórico; bem como exporemos a etapa do processo de validação da Matriz Teórica Substantiva com vistas à construção da Teoria Formal da pesquisa a partir do eixo de análise: protocolos assistenciais, como tecnologia em saúde, e a sua utilização no gerenciamento do cuidado de enfermagem. Torna-se oportuno ratificar que os eixos de análise sugeridos acima estão pautados, sobretudo, pelos dados. Posteriormente, foram aprimorados com a codificação seletiva e os referenciais teóricos acerca da temática do estudo.



Tela: O Grito (Edvard Munch)

3 Descrevendo e discutindo os achados...

*Quando tudo está perdido
Sempre existe um caminho
Quando tudo está perdido
Sempre existe uma luz...*

A Via Láctea
(Legião Urbana)

3 DESCRREVENDO E DISCUTINDO OS ACHADOS...

Neste capítulo, apresento brevemente o caminhar metodológico que deu suporte à pesquisa que culminou com esta tese e, em seguida, descrevo e discuto as categorias com os autores que subsidiaram a problemática em tela.

3.1 Desbravando o caminho metodológico...

O referencial teórico e a metodologia tornaram possível a compreensão do significado da utilização de protocolos assistenciais voltados para o gerenciamento do cuidado direto e indireto de enfermagem, com ênfase na incorporação tecnológica em saúde diante dos desafios da prática. Revelaram os significados presentes nessa vivência e na experiência, a despeito do que sentem, como percebem, definem, agem, interpretam e atuam no cotidiano do gerenciamento de enfermagem aplicado à prática assistencial.

Não se pode deixar de destacar que *o símbolo* é o aspecto central do Interacionismo Simbólico, já que, a partir dele, os seres humanos interagem uns com os outros. A representação simbólica é uma interpretação da realidade presente em todo ser humano, que busca a apreensão do mundo que o circunda para nele poder se relacionar.

Após a transcrição das entrevistas pela pesquisadora, iniciou-se uma codificação

aberta, com um método de comparação constante, que tratou de encontrar conceitos que permitissem iniciar uma categorização. As categorias e subcategorias surgiram das informações transcritas das entrevistas, após várias leituras, por meio da comparação constante baseada nas semelhanças e diferenças.

Não posso deixar de destacar o exercício que foi fazer a análise de cada entrevista. Isto significou uma aprendizagem muito expressiva e reveladora. Tendo como base a análise comparativa dos dados e considerando o caminhar natural da própria TFD, as entrevistas foram submetidas a análises cada vez mais profundas.

Após a digitação das transcrições e a organização do material impresso gerado, as informações foram analisadas de acordo com a codificação aberta, examinadas linha por linha, utilizando a própria fala dos entrevistados a fim de encontrar sentido no discurso transcrito. Nesse processo, sempre houve a preocupação em responder a questões que apareceram em minhas reflexões. As palavras-chave expressadas pelos informantes foram codificadas e comparadas com as informações das demais entrevistas, e assim sucessivamente, até a saturação.

As subcategorias vêm acompanhadas dos seus códigos conceituais correspondentes, que emergiram tão somente dos dados no processo de codificação aberta. Já na análise da codificação axial e seletiva, também foram considerados o processo intuitivo e dedutivo da pesquisadora, a fim de promover uma aproximação fidedigna da realidade social apresentada pelos agentes sociais da pesquisa.

Straus e Corbin (2008, p 135) afirmam que há uma interação entre indução e interação nessa metodologia como em todas as ciências.

Não que coloquemos nossa interpretação nos dados ou que não deixemos as interpretações surgirem. Ao contrário, estamos dizendo que conhecemos o elemento humano na análise e o potencial para possíveis distorções de significado. Essa é a razão pela qual acreditamos ser importante para a análise validar sua interpretação por meio de uma comparação constante de uma parte dos dados com os outros.

Destaca-se que, na codificação, foram utilizados verbos no gerúndio a fim de manter a ideia de movimento e dinamicidade, que são próprios da metodologia. Deste modo, ocorreu o desmembramento dos dados, a comparação e a categorização, sendo a codificação aberta o primeiro passo no processo de separação, exame e comparação dos achados, partindo de dados brutos para dados codificados.

Os achados apresentados seguiram o movimento linear de análise, partindo do processo de codificação aberta e axial, segundo a TFD. O processo de codificação aberta dos dados previu a transcrição imediata das entrevistas; os dados brutos, após sofrerem codificação, geraram códigos preliminares que, por sua vez, converteram-se em códigos conceituais com suas respectivas subcategorias. Após análise da primeira entrevista, percebemos a necessidade de um melhor delineamento do roteiro de entrevista, visto que o inicialmente adotado objetivava atender às indagações tratadas nos elementos formadores da investigação geradora da tese: objeto, objetivo e problema de pesquisa.

Isso posto, o instrumento usado foi readaptado passando de seis perguntas norteadoras para três perguntas mais diretivas, de modo a atender às questões norteadoras e problematizadoras apresentadas na pesquisa.

Passando para a quarta entrevista, percebe-se a repetição de alguns dados, principalmente os inerentes a concepções de cunho teórico e prático das atividades de

gerenciamento em enfermagem. Transversalmente a essas concepções, também emergiram dados muito similares sobre tecnologia e protocolos assistenciais. Na terceira entrevista, o foco da atenção gerou o questionamento: O percebido nos dados era saturação teórica ou mera repetição de dados?

Então, as concepções trazidas pelo quinto e sexto sujeitos da pesquisa contribuíram para responder à indagação e, então, chegamos à ideia concreta do que a TFD traz como saturação teórica. Para este momento de pesquisa, não foi necessário o incursão para novas entrevistas, uma vez que os dois grupos amostrais constaram de três sujeitos cada um deles que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão totalizando seis entrevistados.

Após a transcrição da entrevista, foi esta submetida à leitura pelo sujeito que a concedeu para que tomasse ciência da descrição das suas falas e endossasse o consentimento inicialmente concedido no TCLE.

As categorias e subcategorias estão representadas em quadros esquemáticos, bem como em diagramas e figuras representativos da disposição dos achados. A ordem de disposição numérica foi elencada considerando a interconexão dos dados emergentes da entrevista, das anotações dos memorandos e de percepção e vivência da pesquisadora. Também, foi considerada uma ordem cognitiva pautada pelos elementos propostos por Straus e Corbin (2007) para a elaboração do modelo paradigmático na apresentação das categorias.

3.2 Apresentando as categorias emergidas do caminhar... *(As estações...)*

A análise das codificações aberta, axial e seletiva levou-nos a 13 subcategorias distribuídas em cinco categorias, estando apresentadas da seguinte forma:

3.2.1 Categoria 1 — *(RE) CONHECENDO AS TECNOLOGIAS NO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM*, com duas subcategorias:

Subcategoria I: *Conhecendo as tecnologias*; e

Subcategoria II: *Utilizando as tecnologias no cuidado*.

3.2.2 Categoria 2 — *OS PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM E SUAS PARTICULARIDADES*, com três subcategorias.

Subcategoria III: *Particularizando os protocolos de Enfermagem*;

Subcategoria IV: *Evidenciando a diferença entre os protocolos clínicos existentes*; e

Subcategoria V: *Considerando o conhecimento científico e a experiência na elaboração de protocolos*.

3.2.3 Categoria 3 — *OS PROTOCOLOS COMO TECNOLOGIA APLICADA AO CUIDADO*, com duas subcategorias:

Subcategoria VI: *Considerando o protocolo como tecnologia*;

Subcategoria VII: *Os protocolos como tecnologia para o cuidado*.

3.2.4 Categoria 4 — *GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM COM PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS*, com quatro subcategorias:

Subcategoria VIII: *Gerenciando o cuidado direto de enfermagem*;

Subcategoria XI: *Gerenciando o cuidado indireto de enfermagem*;

Subcategoria X: *Sistematizando o cuidado com protocolos*; e

Subcategoria XI: *Considerando o protocolo como uma ferramenta para o cuidado*.

3.2.5 Categoria 5 — *O CUIDADO LEGITIMADO GERANDO AUTONOMIA PROFISSIONAL*, com três subcategorias:

Subcategoria XII: *Reafirmando a “identidade profissional”*; e

Subcategoria XIII: *Cuidando com autonomia*.

Destarte, nos furtamos a fazer qualquer inferência acerca da legitimidade e da importância atribuída a cada categoria encontrada, pois a descrição e a discussão dos achados me encaminharam para a interconexão das categorias e subcategorias com a devida relevância, uma vez que os momentos de elucubrações e análise foram densos e fidedignos ao método.

Em seguida, inicio a descrição e a discussão dos achados de cada categoria e subcategoria, já considerando sua vinculação com o modelo paradigmático e suas etapas para aparição do fenômeno que será descrito e analisado posteriormente, à luz do referencial teórico.

3.2.1 Conhecendo a Categoria 1 (*A Primavera*) — (RE)CONHECENDO AS TECNOLOGIAS APLICADAS AO CUIDADO DE ENFERMAGEM

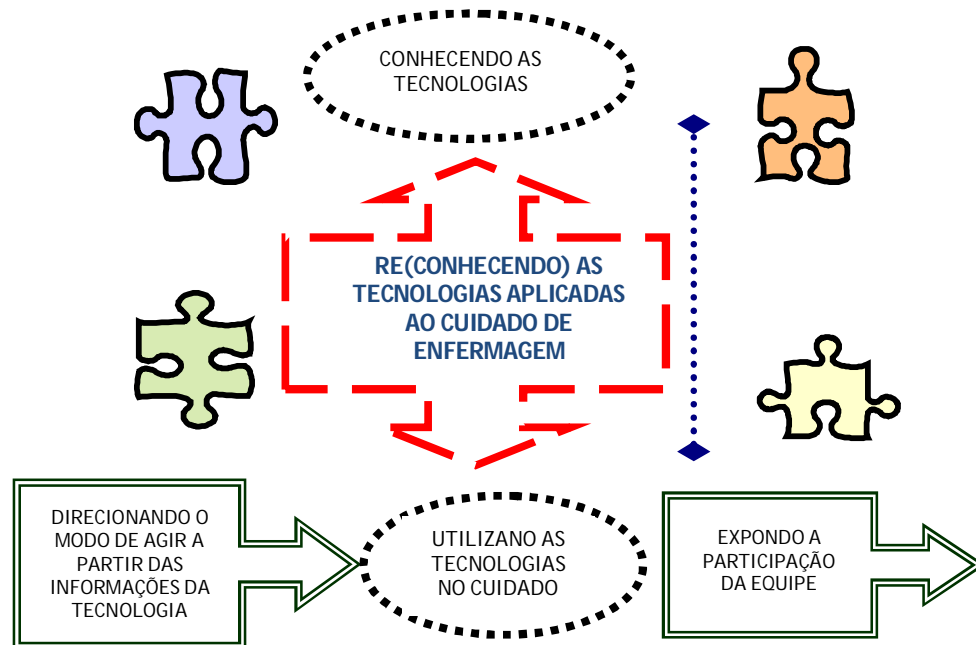


FIGURA 1. Diagrama ilustrativo da Categoria 1: (RE)CONHECENDO AS TECNOLOGIAS APLICADAS AO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Fonte: PAES, 2011 [Diagrama confeccionado pela autora].

Esta categoria apresenta duas subcategorias: I – *Conhecendo as tecnologias* e II – *Utilizando as tecnologias no cuidado*, conforme disposto abaixo:

3.2.1.1 Subcategoria I: *Conhecendo as tecnologias*

Esta subcategoria demarca a premissa de que existem, na realidade contemporânea, várias vertentes do que seja o conceito de *tecnologia aplicada à saúde*, e que todas, sem exceção, se aplicam ao cuidado de enfermagem.

Isso realmente depende do referencial, haja vista que a gente tem, na atualidade, uma série de concepções de tecnologia, seja de um modo geral tecnologia em saúde, seja do que seja uma tecnologia do cuidado. Por exemplo: o acolhimento é uma tecnologia do cuidado. (MsC 1 - Mercúrio).

Dois "situações" trabalham a questão da tecnologia: de instrumentalizar e de nortear efetivamente esse cuidado. Na verdade, a tecnologia envolve muitos conceitos, e a tentativa dessa tecnologia de cuidado é agrupar esses conceitos numa vertente apenas. (MsC 2 – Marte).

Neste caso, os sujeitos tratam as tecnologias como início e meio, nunca como fim para o processo de cuidar em enfermagem. A princípio, entendem que os conceitos de tecnologia não se excluem ou segregam conhecimento. Pelo contrário, dependendo de como se apresentam, são complementares em sua essência tanto semântica quanto praticamente.

Nessa linha, foi proposta por Emerson Elias Merhy, em 1997, uma classificação das tecnologias voltadas para o cuidado em saúde em: *leves, duras e leves-duras*. As *tecnologias leves* correspondem a um momento de fala, de escuta e interpretações entre o cuidador e o cliente; nas *tecnologias duras*, o profissional se utiliza de equipamentos tecnológicos para examinar o indivíduo; e as *tecnologias leves-duras*, que se respaldam em um saber estruturado para fazê-lo, representados pelas disciplinas que operam em saúde como a clínica médica, epidemiologia, psicofarmacologia e outras (MERHY, 1999, p 305).

Pelo cotidiano da prática de enfermagem perpassam diversas dimensões do cuidar, inclusive o uso de técnicas e tecnologias, que podem impactar positivamente na qualidade da assistência prestada. Entendemos, assim como Merhy e Onocko (1997), que, na atenção à saúde, é mais útil definir tecnologia como 'ferramentas', em um senso geral, aplicações de

saberes diversos, práticas e estratégias de construção ou desconstrução de conhecimento – o cuidado, em toda a sua dimensão. Considerando que a tecnologia não é meramente ciência aplicada, o saber agir da enfermagem pode ser entendido como uma tecnologia.

3.2.1.2 Subcategoria II: *Utilizando as tecnologias no cuidado.*

Componentes:

- Direcionando o modo de agir a partir das informações da tecnologia;
- Expondo a participação da equipe.

Nesta categoria, as tecnologias estão diretamente ligadas ao maquinário e a equipamentos. Nessa vertente, a tecnologia em saúde é classificada como dura, configurando-se como conjunto de ferramentas importantes na dinâmica do cuidar. Para tanto, requer do “operador” conhecimento tácito e prático acerca da tecnologia, tornando o processo de cuidar autêntico e singular, pois cada operador traz consigo peculiaridades de entendimento e ação diferenciada no que tange à aplicabilidade da ferramenta.

Corroborando os códigos preliminares, a fala a seguir demonstra que o modelo de tecnologia dura representado aqui pelo maquinário é um facilitador para o gerenciamento de enfermagem, devendo ser utilizada em prol do cuidado direto e indireto com o cliente e em conformidade com suas demandas.

Porque o monitor fornece, amplifica os sinais que emanam do corpo do cliente, amplia o que está no interior do cliente. Aquelas informações, a partir

do momento que o enfermeiro tem o conhecimento técnico-científico, ele consegue interpretar a linguagem da máquina. E a partir daquela informação que interpreta da máquina, ele consegue direcionar, consegue saber o que ele precisa fazer para o cliente, ou seja, ele consegue direcionar os seus modos de agir, ele consegue cuidar do cliente a partir da informação que emana da máquina. (MsC 1 - Mercúrio).

Existem alguns pressupostos conceituais peculiares e, às vezes, consensuais para tecnologia. Para muitos, a tecnologia é concebida como máquina e equipamentos, para outros é considerada como técnica, havendo ainda os que a consideram como ferramenta e, ou, como instrumento de ação. Tais tendências consistem em reduzir os fenômenos complexos a seus componentes mais simples e considerar estes últimos como mais fundamentais que os fenômenos complexos observados. Numa visão mais ampliada, a tecnologia é concebida como processo, como atividade reflexiva, o que implica conhecimento científico, relações, instrumentais, saberes estruturados e como produto (PRADO; BACKES; REIBNITZ; *et al*, 2009).

Devemos ficar atentos, pois que, nesse tipo de processo, há pelo menos duas questões básicas: a de que todo profissional de saúde, independentemente do papel que desempenha, é sempre um provedor do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e, como tal, deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar com tecnologias leves. Ao ser identificado como corresponsável pelo cuidado, situar-se-á, sempre, como um provedor do cuidado e, ao mesmo tempo, um gerenciador das relações com os vários nichos de saberes profissionais que atuam nessa intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e interdisciplinares. Isto permite um agir em saúde pautado por situações

concretas, o que nos obriga a pensar esse profissional como um agente institucional-social, que carece de empoderamento burocrático e administrativo na organização.

Os entrevistados apresentaram a dificuldade na adesão da equipe a utilizar protocolos. Ao mesmo tempo, apontam para que o enfermeiro aproxime a sua equipe dessas tecnologias, pois, assim, a aderência é facilitada devido ao entendimento de preposições e questionamentos acerca de “O que? Para que? Para quem? Como?” esse instrumento deve ser implementado.

Os códigos preliminares se ajustam às falas seguintes e trazem sustentabilidade à subcategoria.

O maior entrave é a aceitação do público que vai utilizar o protocolo, a equipe. Tem muita resistência, porque o entendimento não é efetivamente de facilitar, de orientar ou de conduzir. O entendimento é burocrático, é mais uma atividade a ser realizada. A adesão que é difícil [...].

A gente precisa fazer um trabalho de conscientização, de normatização, para poder efetivamente fazer com que isso fosse, de fato, utilizado. [...] Em segundo lugar, acho que a aceitação seria o entrave maior. Seria necessário aproximar as pessoas da ideia para que elas pudessem eventualmente “comprá-las” e aplicá-las. (MsC 2 – Marte).

Elucubrando concepções teórico-filosóficas e confrontando-as com os dados emergentes, conjecturaram-se duas notas. Estas são caracterizadas, nos memos, como expressivas, portanto, seguem os apontamentos:

Existem três componentes diretamente envolvidos no processo de cuidar: o cliente (sujeito singular), o profissional (agente técnico científico) e a ferramenta (protocolo assistencial). O protocolo tão somente referenciado

como um instrumento facilitador pormenoriza o entendimento ampliado de sua aplicabilidade na práxis cotidiana. Entretanto, quando percebido como uma ferramenta significativa pelos profissionais torna-se um grande aliado do gerenciamento, uma vez que surge como eixo norteador e não como cuidado engessador.
(Nota de reflexão da autora).

A depender do significado inferido pelo profissional sobre a utilização de protocolos assistenciais, ele pode ser compreendido como estático ou interativo. Ou seja, precisa haver um movimento de interação entre os integrantes do cuidar em enfermagem (profissional, cliente e ferramenta) com a tecnologia, neste caso, representado pelo protocolo assistencial. Esse entendimento ainda requer (re)significações, mesmo estando em consonância com o referencial teórico pautado nas relações de interações e significados.
(Nota teórica da autora).

Para Kurcgant (2010), a articulação entre a equipe deve ser proposta para colocar em evidência as conexões existentes entre intervenções técnicas realizadas pelo conjunto de profissionais inseridos numa mesma situação de trabalho. Isso repercute diretamente na interação dos agentes, pois promove uma prática comunicativa, em que os envolvidos buscam reconhecimento e entendimento mútuos e colocam-se de acordo acerca dos seus planos de ação.

No início, para todos, há uma resistência. Porque as pessoas com conhecimento deficitário sentem-se prejudicadas, porque terão que estudar, entender porque está sendo feito aquilo. No começo, tem sempre uma resistência, mas não demora três meses, ou menos do que isso, quando está todo mundo ciente do protocolo, começam a se inteirar com o protocolo. Viver, vivenciar o protocolo, o dia a dia, não aquele primeiro ou segundo momento, não. (McS 3 – Vênus).

O enfermeiro segue, nesse processo, como um líder, no sentido de ser um agente articulador dos elementos ali envolvidos, sendo estes de ordem tanto administrativa e gerencial quanto das relações interpessoais profissionais.

Os líderes de sucesso freqüentemente alcançam êxito nos seus objetivos por galgar passos pequenos e firmes, cuidadosos e eficientes, ponderados e assertivos para influenciar outras pessoas a atingir um determinado objetivo e advogar em favor do paciente (GELBCKE; SOUZA; SASSO *et al.*, 2009, p. 138).

A seguir, apresentamos o quadro com a distribuição dos códigos preliminares, componentes, subcategorias e categorias.

CATEGORIA 1			
RE (CONHECENDO) AS TECNOLOGIAS APLICADAS AO CUIDADO DE ENFERMAGEM			
Subcategoria I: <i>Conhecendo as tecnologias</i>			
Subcategoria II: <i>Utilizando as tecnologias no cuidado</i>			
CODIFICAÇÃO ABERTA			CODIFICAÇÃO AXIAL
CÓDIGOS PRELIMINARES	CÓDIGOS CONCEITUAIS	COMPONENTES	SUBCATEGORIAS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Existindo várias vertentes sobre tecnologia; ✓ Citando tecnologias, leve, dura e leve-dura; ✓ Definindo saberes estruturados como tecnologia leve; ✓ Agrupando conceitos de teóricos acerca de tecnologia; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Existindo várias vertentes sobre tecnologia; ✓ Agrupando conceitos de teóricos acerca de tecnologia; 		Subcategoria I: CONHECENDO AS TECNOLOGIAS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliando a função da tecnologia e sua interferência no cuidado; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliando a função da tecnologia e sua interferência no cuidado; 	DIRECIONANDO O MODO DE AGIR A PARTIR DAS INFORMAÇÕES DA TECNOLOGIA	Subcategoria II: UTILIZANDO AS TECNOLOGIAS NO CUIDADO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Questionando o manejo do maquinário; 			

QUADRO 4. Codificação aberta e axial da CATEGORIA 1. [continua].

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicando a tecnologia como meio de obter informações; ✓ Tendo informações a partir da tecnologia; ✓ Direcionando o modo de agir a partir das informações da máquina; ✓ Pensando no maquinário dos setores; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicando a tecnologia como meio de obter informações; ✓ Falando da resistência inicial da equipe; ✓ Direcionando o modo de agir a partir das informações da máquina; 	EXPONDO A PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Melhorando a qualidade da assistência pelo impacto da tecnologia; ✓ Existindo resistência da equipe para usar protocolos; 			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Negando a demora na adesão quando há conhecimento sobre protocolo. 			

QUADRO 4. Codificação aberta e axial da CATEGORIA 1.

Para ilustrar a representatividade dessa categoria no modelo paradigmático, apresento uma figura representativa como uma das estações do ano que, neste caso, é a primavera.



FIGURA 2. Imagem representativa da Categoria 1 na disposição do modelo.
Fonte: PAES, 2011 [Fotomontagem da autora].

Acredito que um modelo sistemático e sistematizado está baseado nessas possibilidades tecnológicas, mas isso não deve nos levar a desconhecer a importância dos modos específicos de se produzir cuidados em saúde, pois o que temos que almejar é essa nova possibilidade de explorar melhor os espaços comuns de trabalho.

Nos estabelecimentos de saúde, espera-se, atualmente, que os profissionais tenham compromisso com a garantia da eficácia do trabalho das equipes intervencionistas, particularmente o do médico e o de enfermagem. Entretanto, hoje, isso é gerenciado pelo domínio que o agir médico impõe, hegemonicamente, para os outros recortes e, o que é pior, dentro de um modelo de ação clínica funcionalista e reducionista empobrecedora ou mesmo anuladora dos espaços de construção e de cuidado mútuo e coletivo

Devem-se considerar possibilidades de ampliar a dimensão de cuidado e sua relação positiva tanto para desencadear processos mais conjuntos e partilhados, no interior da equipe, quanto para melhorar a eficácia e a adequabilidade de ações específicas, assumindo e reconhecendo que certas abordagens profissionais, em certas circunstâncias, são, de fato, mais eficazes que outras. Mas sem fazer disso uma lógica de poder, na qual uma profissão se imponha sobre as outras, neste caso, bem configurado nas relações culturais, sociais e hegemônicas do poder médico superlativizado em comparação com os outros agentes do cuidado.

A criação institucional da responsabilização dos profissionais e das equipes, representadas simbolicamente por ferramentas legitimadas e instrumentos formais, geradas a partir de demandas no “saber-agir” é que poderá redesenhar o modo de trabalhar no conjunto dos serviços de saúde, através, por exemplo, de dispositivos como o elo referencial entre equipes e clientes por processos de cuidado interdisciplinares e transversais.

3.2.2 Conhecendo a Categoria 2 (*O eclipse...*) — OS PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM E SUAS PARTICULARIDADES

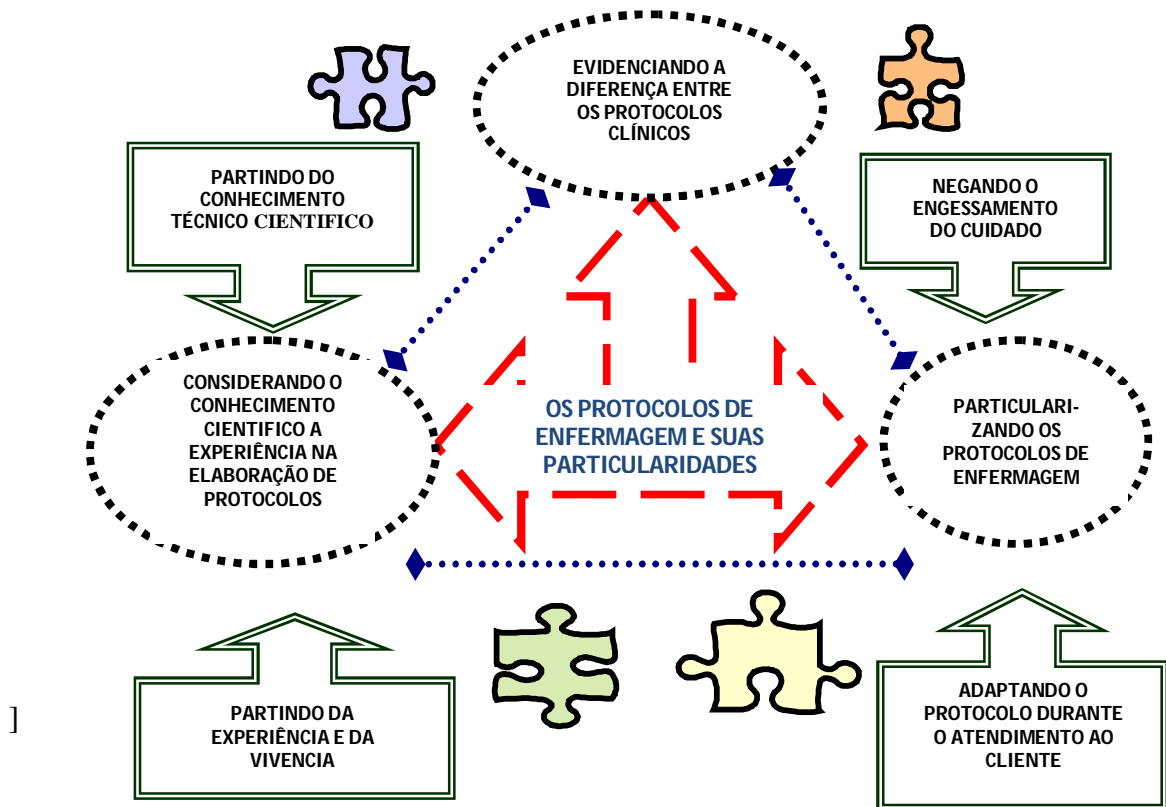


FIGURA 3. Diagrama ilustrativo da Categoria 2 – OS PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM E SUAS PARTICULARIDADES

Fonte: PAES, 2011. [Diagrama elaborado pela autora].

A Categoria 2, com suas três subcategorias, evidencia a diferença entre os protocolos clínicos existentes na dimensão multiprofissional sendo distribuída da seguinte forma: Subcategoria III: *Particularizando os protocolos de enfermagem*, com dois componentes: Negando o engessamento e Adaptando o protocolo durante o atendimento ao cliente; Subcategoria IV: *Evidenciando a diferença entre os protocolos clínicos existentes*; e Subcategoria V: *Considerando o conhecimento científico e a experiência na elaboração de*

protocolos e seu dois componentes: Partindo do conhecimento técnico e Partindo da experiência e da vivência.

A diferença surge por acreditarem que os protocolos assistenciais de enfermagem contam com peculiaridades inerentes ao cuidado de enfermagem. Isto leva em conta o modo de conduta e os critérios considerados na elaboração de protocolos próprios de enfermagem.

3.2.2.1 Subcategoria III: *Particularizando os protocolos de enfermagem*

Componentes:

- Negando o engessamento;
- Adaptando o protocolo durante o atendimento ao cliente.

Os protocolos, por serem considerados ferramentas para o cuidado, sofrem (re)apropriações mediante a necessidade de adequação à realidade vivida. Por isso, a conceituação de protocolo como “instrumento” não é cabível, uma vez que, para ele ser exequível, necessita da avaliação do enfermeiro transversalizada pelas demandas clínicas, sociais e gerenciais apresentadas naquele dado momento.

Torna-se oportuno ressaltar que o “não engessamento” das ações de cuidado com ferramentas facilitadoras e processuais não suplanta sua condição de eixo norteador, devendo estas permear-se de flexibilidades sem ferir os princípios subliminares de referencialidade e diretividade dos protocolos assistenciais.

Não está proibido fazer de outra forma, tem que ter embasamento para ser feito. Não de forma empírica; a forma científica já foi estudada, já foi validada naquele protocolo. Para sair daquilo, porque podem existir casos para sair daquilo, podem! Mas tem que ter um fundamento! (MsC 3 - Vênus).

Um protocolo quando bem implementado [...] quando a gente define protocolo vem a noção de rigidez, e o protocolo precisa ser rígido, mas ele precisa ser flexível também. Porque se ele for muito rígido, quando a gente pensa num protocolo para o cuidado, ele precisa considerar o cliente também. Porque se ele é muito rígido, ele é muito pontual, a enfermeira vira um robô e o cliente não vai se sentir cuidado. (MsC 1 - Mercúrio).

Para Lima (2007), o saber agir em enfermagem vai além da restauração das necessidades fisiológicas. Leva em conta o sujeito, suas singularidades e desejos. A utilização de protocolos não objetiva a fragmentação, generalização ou “endurecimento” do cuidado de enfermagem. Conta com ações que vão do geral para o específico, direcionando o cuidado de enfermagem na tentativa de englobar as necessidades que, naquele momento, estão afetadas. Destaca, a autora, que o ato de cuidar deve ser revestido não só das suas características técnicas, de organização e sistematização, porém, também, permeado de subjetividade, o que permite dizer que essa ação não deve ser encarada como uma prática, fria e racional.

Metaforicamente, o protocolo estaria aqui simbolizado pela bússola, considerada uma grande descoberta devido à sua representação “norteadora” de sentidos e direções espaciais. Esta ferramenta apresenta seu ponteiro direcionado para o eixo norte-sul, destarte, a depender do local onde o operador se localize, ela indicará ao certo sua referência, sugerindo uma direção a seguir. Cabe ao operador considerar sua incursão naquele espaço e eleger o caminho a seguir. A percepção do melhor ou pior só será considerada a partir da leitura de quem vive e experiência, a realidade ora apresentada e interpretada.

Se chove ... ou se faz sol... o mesmo caminho é visto de prismas diferentes...

(Nota de reflexão da autora).

Para Lima *et al* (2010), a obtenção de resultados satisfatórios torna-se possível em virtude da utilização e protocolos próprios, propiciando a avaliação sistemática do paciente, levantando seus reais problemas para o planejamento e a realização de intervenções de enfermagem, estabelecendo prioridades na adoção de medidas, principalmente aquelas que envolvem mudanças de comportamento, hábitos e estilos de vida, contemplando o paciente de forma holística nas dimensões físicas, sociais, espirituais e emocionais.

3.2.2.2 Subcategoria IV: *Evidenciando a diferença entre os protocolos clínicos.*

Atualmente, existem muitos protocolos clínicos, na área da saúde, principalmente, direcionados à prática clínica médica. Já na enfermagem, os protocolos são mais incorporados à saúde coletiva, se comparados aos protocolos clínicos assistenciais no eixo hospitalar.

Isso sinaliza a necessidade de incorporar, à prática clínica do enfermeiro, concepções inovadoras de sistematização do cuidado. Cuidado esse considerado como “o diferencial” entre os protocolos de enfermagem e os outros protocolos existentes.

A enfermagem, de um modo geral, quer dizer um protocolo assistencial no campo da enfermagem. Um médico tem a terapêutica médica e a enfermagem tem a terapêutica voltada para o cuidado de enfermagem. Então,

o que diferencia é que nosso objeto é diferente. O nosso objeto é voltado pro cuidado. (MsC 1 - Mercúrio).

O foco mundial do protocolo médico é manter o indivíduo vivo. Primeiro mandamento do trauma é não correr o segundo risco [...] É muito focado, é resolver um problema que está causando iminência de morte. Do ponto de vista de enfermagem, não é só isso. Você tem que atuar nessa situação, também, de minimizar danos ao paciente, [...] a enfermagem vai cuidar do indivíduo dentro do processo de saúde-doença e não pura e simplesmente da doença. Acho que essa é uma primeira inserção da questão da identidade. (MsC 2 - Marte).

Há décadas, as enfermeiras lutam para comprovar que a enfermagem é arte e ciência. Para isto, têm buscado teorizar o saber fazer desta profissão através de inúmeros estudos, não só na própria área, mas com articulações transdisciplinares na linha tanto das ciências da saúde, ciências sociais e ciências exatas. Por tangenciar as variadas áreas de conhecimento, sua essência simbólica emana da congregação de saberes, mas traz em sua significação precípua o “cuidado de enfermagem” como referencial para ser/fazer/estar/viver enfermagem.

Entendo que os modelos de atenção comprometidos com a vida devem saber explorar, positivamente, as relações entre as diferentes dimensões tecnológicas que comportam o conjunto das ações de saúde.

Imaginamos que um profissional de saúde, quando vai atuar, mobiliza, ao mesmo tempo, os seus saberes e modos de agir, definidos, em primeiro lugar, pela existência de um saber muito específico sobre o problema que enfrentará sobre o qual se coloca em jogo um

saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos cobertos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional.

3.2.2.3 Subcategoria V: *Considerando o conhecimento científico e a experiência na elaboração de protocolos*

Componentes:

- Partindo do conhecimento técnico;
- Partindo da experiência e da vivência.

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

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

Nesse contexto, busca-se estabelecer o diálogo e o confronto entre os conhecimentos científicos e os conhecimentos advindos do senso comum, construídos no cotidiano dos sujeitos. Esses sujeitos percebem o mundo por meio das suas próprias concepções e significados, formados pelos *habitus* incorporados ao longo da vida. Muitos

desses indivíduos têm dificuldade para transitar das suas próprias intuições para as concepções científicas que, neste estudo, fundamentam a construção do simbólico por meio do emprego dos protocolos.

A partir do meu conhecimento individual, eu posso implementar essas diretrizes; não que haja algo, formalmente, mas é lógico que a gente sabe que a enfermagem, na identidade do seu conhecimento, tem algumas ferramentas ou instrumentos que, por sua vez, sistematizam a assistência de enfermagem, de um modo geral. (MsC 1 - Mercúrio).

A discussão com relação à arte e à criatividade que permeiam o agir na enfermagem requer um embasamento científico, além de expressá-las a partir da nossa vivência e de nossa realidade.

Para Honório e Caetano (2009), a vivência de elaborar protocolos proporciona crescimento para a equipe e para cada profissional, com repercussões na melhoria da qualidade de enfermagem. Permite que cada profissional expresse seu conhecimento e suas experiências, seguindo-se discussões geradoras de consenso indutor de condutas unificadas e, conseqüentemente, uma melhora qualidade da assistência.

Lidar com a doença e com os clientes convalescentes pode não evidenciar “encantamento” na percepção que se tem dessa situação, mas diante da essência da ação de cuidado, do agir social e simbólico, há uma beleza com relação ao sentido desse agir, portanto há uma forma de arte. O fazer como agir social estimula a arte.

É importante pensar no significado das nossas ações, pois é o significado que determina as dimensões do saber agir em enfermagem. O significado que é dado ao agir é

uma forma de arte. A definição; o conceito, limita, restringe e confere certa frieza às ações, mas o significado dá a razão, amplia a ação, dando expressão maior ao fazer.

A partir do momento que o enfermeiro tem o conhecimento técnico-científico, consegue interpretar aquela linguagem da máquina. A partir daquela informação que interpreta da máquina, ele consegue direcionar, consegue saber o que ele precisa fazer para o cliente. (Gerente 1 - Saturno).

A enfermagem, devido ao significado do seu agir e da essência do cuidar, é vista, socialmente e simbolicamente, como “vocação divina”. Em face dessa visão social, as vivências e experiências de vida podem alterar essa forma de representação da profissão, na percepção do cliente e dos membros da equipe, muitas vezes, invertendo de uma representação positiva para uma representação dúbia no que se refere à sua prática.

A arte torna-se difícil de mensurar, pois pode ser produzida pelo impulso; e a criatividade, que pode ser uma forma de buscar por soluções, nem sempre é clara para quem a utiliza. Portanto, a arte e a criatividade, para que sejam conscientes, precisam partir de algo previamente patente para avançar. Uma inovação tecnológica pode mudar o rumo dos caminhos e destinos da prática aplicada.

A enfermagem é uma arte em trajeto, que não se esgota em si. Na saúde, o “artista” deve pensar, saber, agir, contar com a intuição.

CATEGORIA 2			
OS PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM E SUAS PARTICULARIDADES			
Subcategoria III: <i>Particularizando os protocolos de enfermagem</i>			
Subcategoria IV: <i>Evidenciando a diferença entre os protocolos clínicos existentes</i>			
Subcategoria V: <i>Considerando o conhecimento científico e a experiência na elaboração de protocolos</i>			
CODIFICAÇÃO ABERTA			CODIFICAÇÃO AXIAL
CÓDIGOS PRELIMINARES	CÓDIGOS CONCEITUAIS	COMPONENTES	SUBCATEGORIAS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pensando em protocolos como algo flexível; ✓ Existindo exceções para opção de “não seguir” o protocolo; ✓ Negando o engessamento do cuidado; ✓ Negando cuidar da doença; ✓ Particularizando o cuidado ao indivíduo; ✓ Falando sobre protocolos voltados para o cliente ; ✓ Sendo o objeto da enfermagem o “cuidado de enfermagem”; ✓ Atendendo por demanda social da realidade; ✓ Cuidando sem destruir, sem segregar, sem discriminar; ✓ Promovendo conforto e tranquilidade ao cliente; ✓ Particularizando os protocolos de enfermagem; ✓ Considerando o cliente na implementação do protocolo; ✓ Reconhecendo a necessidade / dependência do cliente; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Negando o engessamento do cuidado; ✓ Falando sobre protocolos voltados para o cliente; ✓ Sendo o objeto da enfermagem o “cuidado de enfermagem”; ✓ Particularizando os protocolos de enfermagem; ✓ Considerando o cliente na implementação do protocolo; ✓ Adaptando o protocolo durante o atendimento ao cliente; 	<p>NEGANDO O ENGESSAMENTO DO CUIDADO</p> <p>ADAPTANDO O PROTOCOLO DURANTE O ATENDIMENTO AO CLIENTE</p>	<p>Subcategoria III: PARTICULARIZANDO OS PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM</p>

QUADRO 5. Codificação aberta e axial da CATEGORIA 2 [continua]

✓ Adaptando o protocolo durante o atendimento ao cliente.			
✓ Estabelecendo diferença entre a prática médica e de enfermagem;	✓ Estabelecendo diferença entre a prática médica e de enfermagem.		Subcategoria IV: EVIDENCIANDO A DIFERENÇA ENTRE OS PROTOCOLOS CLÍNICOS EXISTENTES
✓ Falando sobre os protocolos existentes na medicina e suas vertentes;			
✓ Vivenciando protocolos multiprofissionais;	✓ Vivenciando protocolos multiprofissionais.		
✓ Trabalhando as individualidades profissionais na equipe multiprofissional;			
✓ Usando protocolos médicos adaptados a enfermagem.			
✓ Fundamentando o cuidado de enfermagem;		PARTINDO DO CONHECIMENTO TÉCNICO CIENTÍFICO	Subcategoria V: CONSIDERANDO O CONHECIMENTO CIENTÍFICO A EXPERIÊNCIA NA ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO
✓ Tendo conhecimento técnico-científico para interpretar a linguagem da máquina;	✓ Tendo conhecimento técnico-científico para interpretar a linguagem da máquina;		
✓ Partindo do conhecimento individual para implementar as ações;	✓ Tendo experiência e vivência para elaborar ações;	PARTINDO DA EXPERIÊNCIA E DA VIVENCIA	
✓ Sendo protocolo um conhecimento tecnológico;			
✓ Conceituando protocolos como reunião de saberes para cuidar e solucionar problemas;	✓ Conceituando protocolos como reunião de saberes para cuidar e solucionar problemas;		
✓ Precisando conhecer a fisiopatologia, os sinais e os sintomas;			
✓ Partindo do conhecimento individual para implementar as ações;			
✓ Inter-relacionando as diretrizes para promover o cuidado.			

QUADRO 5. Codificação aberta e axial da CATEGORIA 2

Para ilustrar a representatividade dessa categoria no modelo paradigmático, busquei uma figura representativa, que neste caso é o eclipse.



FIGURA 4. Imagem representativa da Categoria 2 na Disposição do Modelo.
Fonte: PAES, 2011. [Fotomontagem da autora].

3.2.3 Conhecendo a Categoria 3 (*O Inverno...*) - OS PROTOCOLOS COMO TECNOLOGIA APLICADA AO CUIDADO

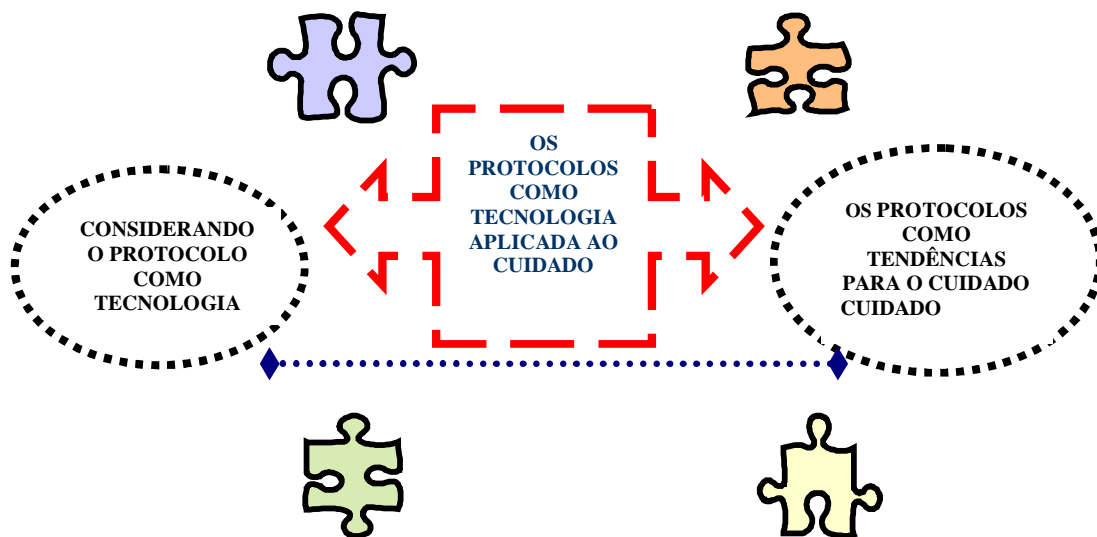


FIGURA 5. Diagrama ilustrativo da Categoria 3- OS PROTOCOLOS COMO TECNOLOGIA APLICADA AO CUIDADO
Fonte: PAES, 2011. [Diagrama elaborado pela autora].

A Categoria 3 contém duas subcategorias: VI – *Considerando o protocolo como tecnologia* e VII – *Os protocolos como tendência para o cuidado*.

A interlocução dos códigos sugere que: os protocolos assistenciais de enfermagem podem ser entendidos como uma incorporação tecnológica para otimizar a organização do cuidado em enfermagem. Uma das questões que pretendemos (re) significar no segundo momento da pesquisa.

(Nota teórica da autora)

3.2.3.1 Subcategoria VI: *Considerando o protocolo como tecnologia*

A tecnologia, quando associada às relações humanas interpessoais, aprimora a construção de um novo saber, contribuindo com um “novo olhar” sobre o fazer, apontando na direção de um novo paradigma.

A arte se faz presente em todos os momentos, não apenas por meio das mãos de artistas ou como produto de artesãos, mas sim na forma como o profissional dirige o seu “olhar” para aquilo que realiza. A arte não é ciência, não tem um método e é por esse motivo que a arte se expressa de muitas formas, pois está relacionada com o estilo como cada um olha para aquele momento, sem banalizar, sem mecanizar as ações. Isso contribui para a ampliação de conhecimento e de conceitos. Nesse sentido, o cientista tem que ser artista para dar encanto ao conhecimento gerado.

Os protocolos assistenciais podem ser defendidos como tecnologias. Eu penso que o protocolo pode ser a implementação de uma nova tecnologia, numa determinada área, que, no caso da enfermagem, para o cuidado de enfermagem [...]. Então, eu acho que o protocolo pode ser definido como uma

tecnologia, vai direcionar as ações da enfermeira, mas, ao mesmo tempo, ele não deve desconsiderar o sujeito do cuidado, haja vista que essa é a intenção: prestar um cuidado através de ou tomando como referência um protocolo.
(MsC 1 - Mercúrio).

O uso de técnicas e novas tecnologias, na enfermagem, apoiam o desempenho do ato de cuidar. A técnica é um conjunto de instrumentos, procedimentos e habilidades usados na atividade humana ou, ainda, o conjunto de produtos dessa técnica. Já a tecnologia é considerada como o processo de exercer, com conhecimento científico, a técnica que envolve aparelhos e, ou, métodos (FIGUEIREDO; VIANA, 2006).

Protocolos representam uma determinada tecnologia, que permite aperfeiçoar intervenções, principalmente em situações que requeiram decisões imediatas. A produção de protocolos que contenham as melhores evidências conhecidas pode subsidiar a prestação de cuidados, baseada em boas práticas clínicas, e possibilitar a recuperação/restauração do estado de saúde, antes afetado. Neste sentido, a aplicabilidade de protocolos se faz cada vez mais necessária na consolidação de alguns aspectos da prática clínica do enfermeiro, especialmente junto a clientes críticos, pois sistematiza a assistência e estabelece, objetivamente, passos e condutas na abordagem a determinado agravo. (LIMA, 2007).

Mediante a colaboração dos autores, entendemos que o protocolo de enfermagem é entendido como uma tecnologia aplicada em saúde. Considerando os vários conceitos que emergem do significado de tecnologia, estão voltados para as tecnologias leves-duras de cuidado.

Segundo Ayres (2000, p.118),

No Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia, de Lalande (1993), tecnologia é o termo que, por metonímia, vem freqüentemente substituir o termo técnica, o qual designa o 'conjunto dos procedimentos bem definidos e transmissíveis, destinados a produzir certos resultados considerados úteis... São tradições que se legam de geração em geração, pelo ensino individual, pela aprendizagem, pela transmissão oral dos segredos de ofício e de processos' (Lalande, 1993, p.1109). Há mais dois sentidos para técnica em Lalande, ambos apoiados nesse núcleo significativo básico, de um conjunto de procedimentos universais, com vistas a finalidades específicas, transmitidas por meio de aprendizado.

Ora, a idéia de 'procedimentos bem definidos' e 'destinados a produzir certos resultados' já não implica um certo 'fechamento' de meios e fins, contrário à idéia de emancipação do usuário como sujeito da sua assistência? Em outros termos, será possível preservar o sentido forte de 'espaço relacional' quando se fala do uso de 'procedimentos bem definidos' visando 'certos resultados'?"

Protocolo é tecnologia em saúde, apenas não é tecnologia dura. Tecnologia em saúde é todo instrumento que participa da promoção, prevenção e reabilitação, enfim em todos os níveis do cuidado. A tecnologia em saúde pode variar de um modo de comunicação com o cliente a um respirador micro processado. (Gerente 2 - Terra).

A elaboração e a aplicação de um modelo de cuidado é uma forma de tecnologia, pois é uma forma de ação, um modo de fazer o cuidado. Então, podemos associar o modelo de cuidado a um processo tecnológico, e poderia ser classificado como uma tecnologia leve-dura, pois tal modelo é estruturado em uma série de "passos ou normas" que delineiam ou orientam a realização do cuidado (ROCHA *et al.*, 2008).

Lima (2007) afirma que novos conhecimentos científicos frequentemente resultam em novas tecnologias, mas novas tecnologias também contribuem para o conhecimento científico. Os protocolos representam, nessa perspectiva, a aplicação de um tipo de tecnologia leve-dura voltada diretamente para o cuidado; devem, portanto, ser desenvolvidos

de modo sistemático para ajudar os profissionais e os clientes na decisão sobre o cuidado apropriado no atendimento das condições de saúde específicas.

3.2.3.2 Subcategoria VII: *Gerando novas tendências para o cuidado*

A construção de tecnologias específicas de enfermagem requer que os profissionais utilizem ciência e arte, de modo que elas apresentem aderência ao contexto da clientela a quem se dirigem.

Estamos na era da tecnologia; a saúde, a todo momento, traz novidade. Mas não precisa ser um monitor multiparâmetros ou um cateter; o nosso jeito de cuidar também é tecnologia – é o estudo da técnica, não é? Se utilizamos os protocolos para cuidar, ele certamente é uma tecnologia em saúde. Tendemos a pormenorizar nossas atividades e criações, mas a enfermagem é um campo rico e sempre tem coisa nova na cabeça... Só falta escrever. (Gerente 2 – Terra).

Acredito que o estabelecimento de protocolos assistenciais, capazes de permitir o rastreamento precoce de riscos e a aplicação de intervenções oportunas, pode representar um ganho na qualidade da assistência de enfermagem. De tal sorte que a integração da melhor evidência científica com a experiência e a avaliação individual do cliente permitirá, entre os enfermeiros, a transposição do conhecimento tácito para o conhecimento científico derivado de uma prática clínica baseada em diretrizes e consensos. Cabe lembrar, no entanto, que a aplicação futura de uma prática derivada de evidências depende da produção de um conhecimento oriundo de pesquisas com características pouco comuns na enfermagem e que se apoia, fortemente, no uso do método epidemiológico. (LIMA, 2007).

A incorporação de recursos tecnológicos no âmbito da saúde mudou a dinâmica de atendimento hospitalar; ela mudou a infraestrutura. Surgiram novos meios de diagnóstico, surgiram novos meios de tratamento, surgiram novos meios de prevenção de doenças; então, tudo isso não deixa de ser tecnologia em saúde. Todas essas novidades que são incorporadas no campo da saúde e que, por sua vez, vão melhorar ... Não sei se seria a palavra certa, ou seria possibilitar. É um recurso que vai possibilitar uma ferramenta. Essas tecnologias são ferramentas que vão facilitar a melhoria do atendimento do cliente. (MSc 1 - Mercúrio).

Porque, na verdade, você precisa generalizar algo pra determinar população e, de certa forma, adaptá-lo; e aí, você cria novos conceitos, novas adaptações, novas vertentes, até mesmo pra essa forma de cuidado com protocolo. (MSc 2 - Marte).

Nossa! Eu sou totalmente a favor! Pra mim, tudo tinha que ter protocolo. (MSc 3 – Vênus).

Simbolicamente, reporto-me a Paim *et al.* (2009) que trazem, metaforicamente, a construção tecnológica no olhar da enfermagem como as fases cíclicas lunares, pois cumpre circuitos na dinâmica segundo várias influências: crescente, cheia, minguante e nova. A fase crescente veio com a enfermagem dos artefatos manuais, com trabalho solitário e solidário. Passando à minguante, sem luminosidade, sem registros geradores de produção, chegou à sua fase crescente com o pioneirismo das enfermeiras “nightingaleanas”. A tônica era a invenção de processos e produtos técnicos, sem articulação científica em apoio à profissão, perdurando por longo tempo. E hoje, crescentemente, vem se apresentando em sua fase cheia, com uma lua mais plena. Esta fase caracteriza-se pela incorporação de registros e patentes, novas pesquisas e tecnologias em enfermagem.

Vivemos na era da informação, em que precisamos cada vez mais do domínio sensato das estratégias do conhecimento empírico e científico. Tornam-se necessários profissionais bem treinados, que usem o raciocínio clínico e lidem com a diversidade de situações apresentadas durante os agravos à saúde usando, de forma adequada, as tecnologias a seu dispor. Para tal, é preciso uma equipe dedicada ao estudo do emprego de inovações tecnológicas e ao desenvolvimento, exatamente, de uma doutrina para informação (protocolo), objetivando uma assistência consubstanciada para o processo de cuidar, lembrando sempre que o elemento em comum que integra todas as tecnologias não é meramente tecnologia dura, é intangível e chama-se conhecimento, condição primeira para o saber agir do homem perante as mais variadas apresentações e versões das “máquinas”.

Com o avanço da ciência aplicada, permeada pela *episteme* translacional, a incorporação de conceitos e princípios de sustentabilidade como “Bem Social da Humanidade” assume compromisso direto com a incorporação das inovações tecnológicas como geradora de riquezas, causando impacto representativo para apropriação da autoridade e da autonomia profissional. A prática clínica aplicada visa agregar valor aos conceitos emergentes de sustentabilidade como “Bem social”, mediante a apropriação econômica e tecnológica em saúde com vistas à geração e à manutenção de riquezas.¹

¹ Recorte das concepções trazidas pela Painelista Prof^a Dr^a Alacoque Lorenzini Erdmann no V Seminário Internacional: Núcleos de Pesquisa e Produção de Conhecimento na Enfermagem promovido pela EEAN-UFRJ. 25 a 27 de outubro de 2011. Painel: Desafios e perspectivas da pesquisa translacional em enfermagem. no Auditório Samira Mesquita, Prédio da Reitoria da UFRJ.

CATEGORIA 3			
OS PROTOCOLOS COMO TECNOLOGIA APLICADA AO CUIDADO DE ENFERMAGEM			
Subcategoria VI: <i>Considerando o protocolo como tecnologia</i>			
Subcategoria VII: <i>Os protocolos como tendências para o cuidado</i>			
CODIFICAÇÃO ABERTA			CODIFICAÇÃO AXIAL
CÓDIGOS PRELIMINARES	CÓDIGOS CONCEITUAIS	COMPONENTES	SUBCATEGORIAS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilizando protocolo como tecnologia; ✓ Utilizando elementos técnicos, específicos para cuidar; ✓ Falando no protocolo como ferramenta; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entendendo tecnologia como saberes, novidades e estratégias para o cuidado; ✓ Considerando o protocolo como instrumento científico e tecnológico; 		Subcategoria VI: CONSIDERANDO O PROTOCOLO COMO TECNOLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definindo saberes estruturados como tecnologia leve; 			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entendendo tecnologia como saberes, novidades e estratégias para o cuidado; 			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Considerando o protocolo como instrumento científico e tecnológico 			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Defendendo o protocolo como nova tecnologia para o cuidado; ✓ Inovando o cuidado com protocolos; ✓ Negando a existência de protocolos na enfermagem; ✓ Pesquisando e desenvolvendo protocolos; ✓ Percebendo a evolução de enfermagem com a utilização de protocolos; ✓ Criando novos conceitos de cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Defendendo o protocolo como nova tecnologia para o cuidado; ✓ Percebendo a evolução de enfermagem com a utilização de protocolos. 		Subcategoria VII. OS PROTOCOLOS COMO TENDÊNCIAS PARA O CUIDADO.

QUADRO 6. Codificação aberta e axial da CATEGORIA 3

Para ilustrar a representatividade dessa categoria no modelo paradigmático, tratamos uma figura representativa trazida como uma das estações do ano que, neste caso, é o inverno.



FIGURA 6. Imagem representativa da Categoria 3 na disposição do modelo.
Fonte: PAES, 2011 [Fotomontagem da autora].

Nessas experiências, vivenciei um processo coletivo diretamente comprometido com a busca de ferramentas tecnológicas que procurassem mostrar, com mais clareza, o nosso papel de construtores de processos analisadores, que permitissem colocar em questão o espaço da gestão do processo de trabalho, lugar privilegiado de realização do trabalho vivo em ato, no conjunto do processo de trabalho em si.

No intuito de garantir a assistência de enfermagem por meio de procedimentos seguros baseados em ações as mais científicas possíveis, é imprescindível a construção de protocolos de assistência que tragam um conjunto de dados que permitam direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema (HONÓRIO; CAETANO, 2009).

3.2.4 Conhecendo a Categoria 4 (*O Verão...*) - GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM COM PROTOCOLOS

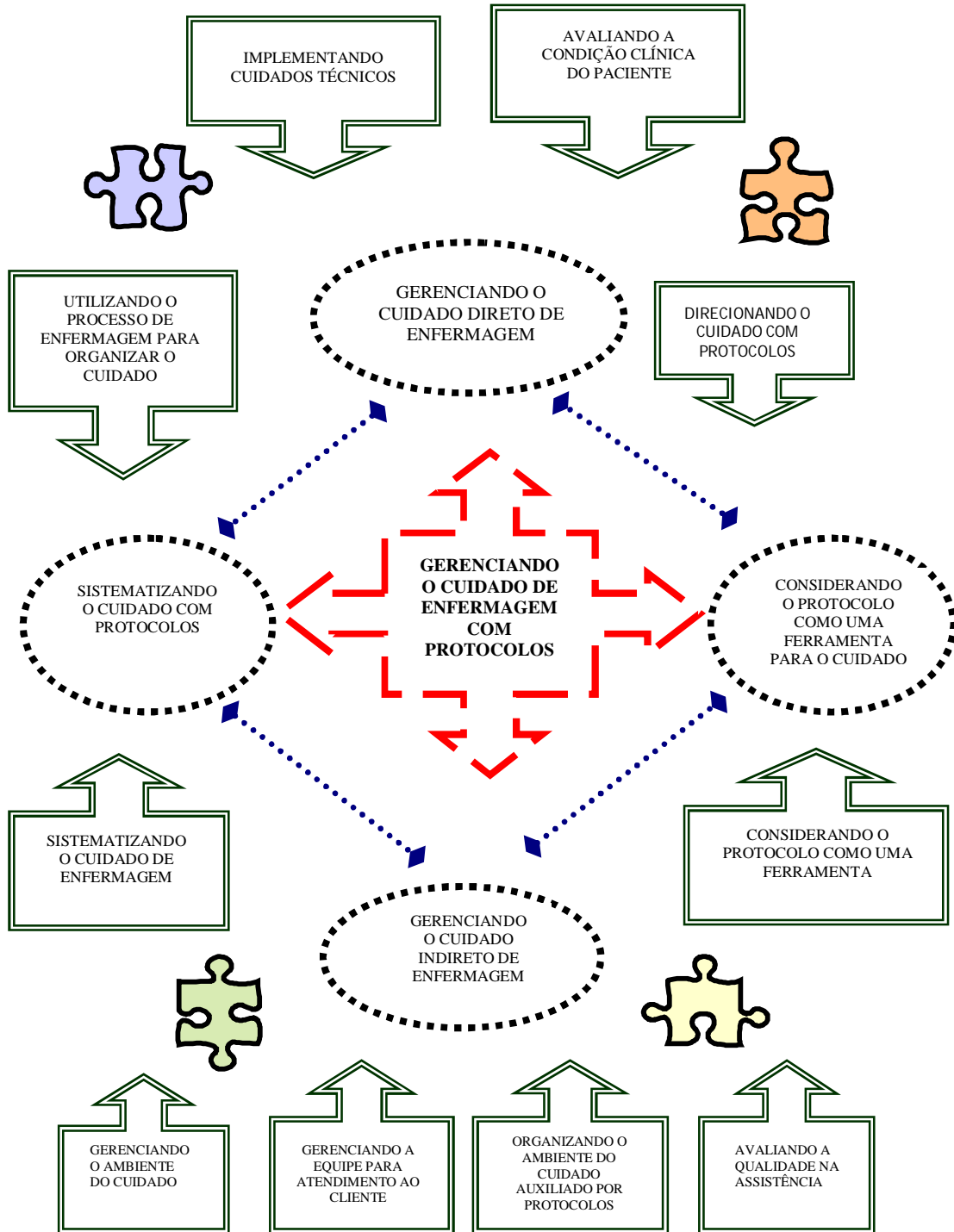


FIGURA 7. Diagrama ilustrativo da Categoria 4 - GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM COM PROTOCOLOS

Fonte: PAES, 2011 [Diagrama confeccionado pela autora].

Esta categoria permeou, a todo instante, a fala dos sujeitos, tanto no âmbito do cuidado assistencial direto ao cliente, como na gerência indireta do cuidado de enfermagem, em que a versão administrativa do enfermeiro se expressa através da dinamização de recursos humanos e da otimização de recursos materiais.

Para Kurcgant (2005), o processo de trabalho de gerência, na prática de enfermagem, está orientado por uma finalidade imediata que é organizar o trabalho e outra, mediata, de desenvolver condições para a realização do processo de cuidar individual e coletivo. Este cuidar remete a um contexto direto ou indireto, a depender da posição do profissional perante a clientela.

A Categoria 4 – GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM COM PROTOCOLOS – apresenta quatro subcategorias, sendo elas: VIII – *Gerenciando o cuidado direto de enfermagem*; IX – *Gerenciando o cuidado indireto do cliente*; e X – *Sistematizando o cuidado com protocolos*; e XI – *Considerando o protocolo como uma ferramenta para o cuidado*.

Dentre as novas concepções gerenciais, deparei-me com a gerência do cuidado no âmbito da qual, na verdade, percebe-se, tanto na prática quanto na pesquisa, uma dificuldade conceitual, por parte das enfermeiras, relacionada à gerência do cuidado de enfermagem pois, em geral, a enfermeira estabelece uma diferença entre cuidado direto e cuidado indireto, valorizando e entendendo como cuidado aquilo que depende de sua ação direta junto ao paciente (CRISTOVAM; PORTO, 2008).²

² Palestra realizada na XV Semana Científica e VII Semana de Gerenciamento em Enfermagem, na Mesa Redonda *Habilidade na Gerência do Cuidado de Enfermagem: discutindo os nós na práxis*, ocorrida em 17 de setembro de 2008, na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense.

A apresentação das quatro subcategorias deu-se conforme as dimensões percebidas pelos sujeitos do que vem a ser gerenciamento do cuidado. O enfermeiro traz, em sua atividade, a interface entre a assistência ao cliente; coordenação da equipe de enfermagem, administração do ambiente do cuidado; e transversalmente, (re)avalia suas ações. Diante disto, ele está exercendo o que acreditamos ser o “gerenciamento do cuidado”.

Portanto, o enfermeiro gerencia o cuidado quando o planeja, quando o delega ou faz, quando prevê e provê recursos, capacita sua equipe, educa o usuário, interage com outros profissionais, ocupa espaços de articulação e negociação em nome da concretização e melhoria do cuidado (ROSSI; LIMA, 2005).

3.2.4.1 Subcategoria VIII: *Gerenciando o cuidado direto de enfermagem.*

Componentes:

- Implementando cuidados técnicos;
- Avaliando a condição clínica do cliente.

Nessa categoria, fica evidente que o foco principal de atenção dos entrevistados esteve centrado na assistência direta ao cliente, ratificando o que, historicamente, vem sendo (re)discutido como objeto no processo de investigação em enfermagem.

O recorte abaixo desta subcategoria, com os códigos preliminares, demonstra a preocupação com os agravos de ordem orgânica e fisiopatológica, principalmente as de risco iminente de morte/vida. Entretanto, quando dizemos gerenciamento direto do cuidado, significa que o enfermeiro está assistindo, diretamente, o cliente diante de determinada situação problema, seja ela fisiopatológica, social e, ou, emocional.

Os sujeitos apontam que, para assistir diretamente o cliente, é preciso conhecer parâmetros clínicos e técnicos, sendo possível estabelecer estratégias para a melhor prática clínica a ser aplicada.

[...] quando eu falo na questão do gerenciamento da assistência, por exemplo, chegar no serviço e ver se está tudo adequado para o atendimento de uma iminência de risco de morte. (MsC 3 - Vênus).

Quais as referências que eu utilizo para gerenciar esse cuidado, ver exatamente o que eu vou implementar de assistência direta a esse cliente? Por exemplo, eu utilizo alguns parâmetros: os parâmetros hemodinâmicos, os sinais vitais, que nos indicam que cuidados são possíveis e que cuidados de enfermagem podem ser implementados em relação às tecnologias que estejam aplicadas no cuidado àquele cliente. (MsC 1 - Mercúrio).

Entendo que o processo gerencial está presente em todos os níveis de uma organização, mas defendo a ideia de que o gerenciamento do cuidado direto de enfermagem se estabelece no nível operacional, no qual enfermeiros desempenham atividades essenciais ao funcionamento das organizações hospitalares, pois é no nível operacional que se estabelecem as relações que se configuram na prestação de serviços de saúde.

3.2.4.2 Subcategoria IX: *Gerenciando o cuidado indireto de enfermagem.*

Componentes:

- Gerenciando o ambiente do cuidado;
- Gerenciando a equipe para o atendimento ao cliente;

- Organizando o ambiente do cuidado; e
- Avaliando a qualidade na assistência.

As práticas gerenciais e administrativas são constantemente discutidas, na enfermagem, pois o processo de cuidar requer um planejamento prévio, antes da execução das ações diretas. Esse planejamento conta com visão administrativa organizacional, considerando as normas e rotinas institucionais, bem como a abordagem gerencial direta e indireta do cliente.

O cuidado indireto é uma ação voltada para a organização e a implementação do cuidado direto. No entanto, o cuidar e o administrar, ou seja, o cuidado direto e o cuidado indireto, não acontecem de forma desarticulada no contexto do gerenciamento. Suas propriedades tratam, em separado, de práticas que acontecem simultaneamente, visto que o cuidado direto, para ser implementado, requer planejamento inicial e avaliação contínua que são previstos como etapa indireta do gerenciamento.

Na fala que segue, fica evidente a preocupação tanto com o ambiente e os equipamentos, quanto com a equipe envolvida no atendimento:

Eu vejo assim: gerenciamento, também da equipe, saber se a equipe está bem consolidada no atendimento a esse cliente, se a equipe sabe manejar todos [os] equipamentos, se conhece as medicações, consegue discernir o que é a evolução de um EAP, de um IAM. E atender, de um modo correto, cada patologia. (MsC 3 – Vênus).

Para Kurcgant (2005), no processo de trabalho gerencial, os objetos de trabalho do enfermeiro são a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem. Para a execução desse processo, é utilizado um conjunto de instrumentos técnicos próprios da

gerência, ou seja, o planejamento, o dimensionamento de pessoal de enfermagem, o recrutamento e seleção de pessoal, a educação continuada e, ou, permanente, a supervisão, a avaliação de desempenho e outros. Podem-se utilizar, também, outros meios ou instrumentos como a força de trabalho, os materiais, equipamentos e instalações, além dos diferentes saberes administrativos.

O “ambiente de cuidado”, como descrito pelos entrevistados, contempla, além do espaço físico e dos recursos materiais, ainda os recursos humanos envolvidos na prestação de cuidado ao cliente.

Organização e conferência e provisão de equipamentos, materiais e medicações necessárias nas intercorrências com os protocolos. A gente não trabalhava com trauma, mas com a parte cardiológica e a estatística de não conformidade, estatística de cuidado, e tudo para a gente até mesmo se prevenir com relação aos próximos atendimentos. (MsC 3 – Vênus).

Os protocolos metodologicamente planejados devem considerar as peculiaridades dos espaços, realidades institucionais e sociais, e não somente as diretrizes para o atendimento direto. Assim, será a consolidação da aplicação do processo de enfermagem, nas suas três dimensões, sendo visivelmente aplicado à prática organizacional do enfermeiro.

Nesta categoria, os entrevistados colocam a avaliação da qualidade da assistência como integrante do processo de gerenciamento em enfermagem.

Avaliar, para Kurcgant (2010), é expor um valor assumido a partir do julgamento realizado com base em critérios previamente definidos. Ainda acrescenta que a avaliação pode ser compreendida como uma estratégia técnico-administrativa destinada à tomada de

decisão, na qual o exercício dessa capacidade é dado pelo contexto e pela organização do processo de trabalho.

Para tanto, a avaliação, durante o processo de cuidar, em enfermagem, não está disposta estaticamente, numa fase do gerenciamento, mas perpassa todas as dimensões, desde a idealização do planejamento para a melhor prática até o momento de considerar o resultado desse gerenciamento direto e indireto. Ou seja, a avaliação em enfermagem é processual, não sendo percebida como forma punitiva e de cerceamento, mas como maneira de buscar a excelência no atendimento ao cliente.

Tanto o quadro desta subcategoria quanto a fala do entrevistado se coadunam no que tange à congruência existente entre processo contínuo de avaliação e sua contribuição para a qualidade da assistência, vislumbrando, como resultado, a satisfação do cliente.

Partindo do princípio [de] que eu tenho um cliente que se encontra em risco iminente de morte e que eu sou o enfermeiro responsável por aquele setor, ou que, na maioria das vezes, eu sou responsável pela assistência direta ao cliente, a partir do momento que eu chego no plantão, eu adoto algumas estratégias, no sentido de prover uma assistência de qualidade àquele cliente.
(MsC 1 - Mercúrio).

É necessário que o trabalho do enfermeiro, ao gerenciar o cuidado, resulte em mais do que simplesmente organizar o serviço segundo padrões de eficiência, mas acima de tudo, que consiga, também, construir sujeitos sociais nesse território singular de prática, tendo em vista que são esses sujeitos que contribuem para a concretização do cuidado e a este dão características. (ROSSI; LIMA, 2005).

Gerenciar o cuidado de enfermagem implica incorporar os saberes administrativos, técnicos, demarcando, efetivamente, seu posicionamento diante do modo como desenvolve seu trabalho e consolidando seu gerenciamento como sendo, de fato, o “gerenciamento do cuidado”.

As práticas gerenciais e administrativas são constantemente discutidas na enfermagem, pois o processo de cuidar requer um planejamento prévio, antes da execução das ações diretas. Este planejamento conta com visão administrativa direta, considerando as normas e rotinas institucionais, bem como a abordagem gerencial direta e indireta.

Parte dessas dificuldades pode ser analisada a partir de níveis diferenciados, que podemos denominar de conceitual, metodológico e contextual, como veremos a seguir.

- De natureza conceitual: é preciso compreender os conceitos que permeiam as ideias e as possíveis distinções entre os termos ‘educação continuada’ e ‘educação permanente’.

- De natureza metodológica: é preciso estabelecer diálogos no processo de trabalho em saúde, de forma que se possa, de fato, informar sobre os problemas do trabalho e suas possíveis estratégias educacionais de enfrentamento.

- De natureza contextual: é preciso aprofundar a compreensão dos novos contextos em que se dá a organização do trabalho, assim como o papel das novas competências profissionais na dinâmica do trabalho.

Além das distinções de natureza conceitual e metodológica, refiro-me a uma modalidade educacional que se relaciona diretamente com o processo de trabalho. Refiro-me, portanto, a trabalho enquanto processo, o que significa “compreender como os elementos que constituem esse processo são representados pelos diferentes atores. Implica

imaginar que os profissionais de saúde têm diferentes visões sobre o mundo e o trabalho e que as práticas que desenvolvem são coerentes com essas visões.” (RIBEIRO; MOTTA, 1996, p. 7). Assim, não basta ter uma opção teórico-conceitual para o desenvolvimento desses programas; é preciso reconhecer que esses processos operam sobre relações de trabalho enquanto relações sociais, que envolvem diferentes atores, com diferentes intencionalidades, concretizando-se, portanto, como um trabalho imerso em conflitos.

Assim, ao se explicitar sobre processos de gerenciamento, é preciso ter clareza de que alguns caminhos precisam ser percorridos: distinções conceituais; relação num mesmo sistema das demandas originadas a partir dos mecanismos de educação continuada e de educação permanente; a organização do trabalho em saúde e os “hábitos institucionais” enquanto culturas que impregnam as dinâmicas das instituições; os conflitos gerados no interior das relações de trabalho, etc. Não perdendo de vista que a implantação e a implementação desses sistemas se dão num mundo onde a organização do trabalho se transforma, onde a necessidade de novos conhecimentos se torna uma exigência para todos os trabalhadores; num sistema de saúde que formula estratégias de reconstrução de modelos de atenção, reconhecendo um vácuo na formação das profissões de saúde, o que impõe a urgência na reformulação dos modelos e conteúdos da formação e a necessidade de mecanismos de requalificação profissional.

3.2.4.3 Subcategoria X: *Sistematizando o cuidado de enfermagem com protocolos*

Componentes:

- Utilizando o processo de enfermagem para organizar o cuidado;
- Sistematizando o cuidado de enfermagem.

Nesta subcategoria, os achados apontam que o processo de enfermagem é essencial para a organização do cuidado. Pressupõe-se que o processo de enfermagem consta de etapas previamente estabelecidas, assim como os protocolos.

O processo de enfermagem é um método sistemático e organizado para prestar cuidados de enfermagem individualizados, que agrega três dimensões: propósito, organização e propriedades. A primeira traz em seu núcleo o cliente (individual ou coletivo) e suas necessidades. A segunda estrutura-se em cinco fases: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. A terceira dimensão estabelece a natureza e as prioridades do processo de enfermagem: intencionalidade, sistematização, dinamicidade, interatividade, flexibilidade e embasamento teórico (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Abaixo temos a fala que contribui para entender a aplicabilidade do processo de enfermagem de forma otimizada:

A gente conhece, por exemplo, o que a gente vem discutindo, hoje, que é a questão do processo de enfermagem como elemento, como meio, como ferramenta, como instrumento que organiza e que dá uma diretriz, mas isso de um modo mais abrangente. (MsC 1 - Mercúrio).

Para Potter e Perry (2009) e Horta (2011), o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas das suas fases, ou passos: histórico; diagnóstico; planejamento, que consta da prescrição de enfermagem; implementação; e avaliação, entendida como a evolução visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo das suas fases.

Cada etapa do processo é sistematizada e interligada às outras, estando, cada uma delas, dependente da anterior para ser implementada. No entanto, as fases estão completamente correlacionadas e podem ser otimizadas, de acordo com a demanda do cliente.

Por conta das discussões acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na conjuntura atual, tornando-a obrigatória nos sistemas de saúde, os sujeitos, em vários momentos, citaram o termo sistematização. Entretanto, as falas corroboram a sistematização do cuidado, e não necessariamente da assistência de enfermagem, pois trazem o cuidado de enfermagem como algo ampliado, com várias dimensões, uma das quais trata da sistematização da assistência e do processo de enfermagem.

Com relação ao gerenciamento dos cuidados, por trabalhar em duas instituições [...], onde eles dão prioridade à SAE com protocolos, então, eu trabalhei muito nessa linha e gosto. (MsC 3 - Vênus).

O protocolo vai possibilitar, enquanto tecnologia, que você tenha meios de gerenciar o cuidado, ou meio de instrumentalizar como aquela enfermeira vai agir, meios para sistematizar o modo como aquela enfermeira vai agir, o meio como vai organizar o modo como aquela enfermeira vai agir. (MsC 1 - Mercúrio).

As concepções de processo de enfermagem e SAE se entrelaçam sob algumas óticas. Mesmo nos dias atuais, ainda confrontam-se aspectos conceituais e legítimos acerca desses dois constructos em enfermagem. Como verificamos na fala a seguir:

Então, a partir do meu conhecimento individual, eu posso implementar essas diretrizes, mas não que haja algo formalmente; mas é lógico

que a gente sabe que, por exemplo, a enfermagem, na identidade do seu conhecimento, a gente tem algumas ferramentas ou instrumentos que, por sua vez, sistematizam a assistência de enfermagem de um modo geral. A gente conhece, por exemplo, que a gente vem discutindo, hoje, que é a questão do processo de enfermagem como elemento, como meio, como ferramenta, como instrumento que organiza e que dá uma diretriz, mas isso de um modo mais abrangente. (MsC 1- Mercúrio).

Para Fuly, Leite e Lima (2008), existem, atualmente, três correntes que divergem: a primeira corrente trata os termos SAE, 'processo de enfermagem' e 'metodologia da assistência' como distintos. A segunda trata da metodologia da assistência e do processo de enfermagem como equivalentes. E a terceira, que admite os três conceitos como equivalentes.

A SAE, na Resolução COFEN nº 358/2009, é considerada organizadora do trabalho profissional quanto ao método, ao pessoal e ao instrumental, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem (PE). Este é tratado como sendo um instrumento metodológico que orienta o cuidado de enfermagem e a documentação da prática profissional. Consideramos o PE como cuidado sistematizado aplicado à prática de enfermagem, devendo ser implementado para promover a implantação da SAE nas instituições. Ou seja, a SAE congrega processos de enfermagem diversos, institucionalizando e legitimando o cuidado de enfermagem.

O processo de enfermagem, tal como entendido por Iyer, Tapitch, Bernocchi-Losey (1993) e Potter e Perry (2009), configura-se como método de sistematização do cuidado, através do qual o conhecimento teórico é aplicado à prática de enfermagem. Trata-se de uma abordagem deliberativa de solução de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas

e interpessoais e está voltada para a satisfação das necessidades do sistema do cliente, família e da comunidade.

Não obstante, na (dis)semelhança, esta categoria vem sustentar a segunda hipótese da tese: PROTOCOLO ASSISTENCIAL, POR SER PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO, CONFIGURA-SE COMO TECNOLOGIA EM SAÚDE.

Potter e Perry (2009, p. 267) ainda prosseguem: “As tecnologias da informação agrupam-se, hoje em dia, de dois tipos de instrumentos principais: os que constituem os planos de cuidados e os que contribuem para a gestão do serviço de enfermagem”. Há o enfoque do plano de cuidados, ou seja, do planejamento da assistência, que registra todos os dados do paciente e a base dos cuidados prestados. Assim, seria a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a base para uma gestão de qualidade no serviço de enfermagem.

Cianciarullo *et al.* (2001) registram que a SAE é um método de trabalho que favorece a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde e que estimula o exercício do autocuidado; também, é um fator que vem contribuindo para esta prática assistencial. Ademais, argumentam que a SAE é um processo que permite integrar as ações docente-assistenciais e, devido a isso, é considerada uma estratégia de aprendizado para todos os alunos da enfermagem.

Quanto à SAE, embasada nas autoras acima citadas, ela é composta das seguintes fases:

— Histórico de enfermagem: compreende levantamento de dados subjetivos e dados objetivos a fim de identificar seus problemas;

— Diagnóstico de enfermagem: faz a minuciosa avaliação dos dados e a determinação das necessidades do paciente e seu grau de dependência;

— Plano assistencial: é a determinação global da assistência de enfermagem que o paciente deve receber, mediante o diagnóstico estabelecido;

— Prescrição de enfermagem: refere-se à implementação do plano assistencial. Com o objetivo de coordenar as ações da equipe de enfermagem;

— Evolução de enfermagem: caracteriza-se pelo relato diário das mudanças sucessivas ocorridas com o paciente e, dessa forma, avaliar a assistência;

— Prognóstico de enfermagem: é a estimativa da capacidade do paciente para atender às suas necessidades básicas alteradas com vistas ao plano assistencial implementado e sua avaliação diária.

Claro que estes passos todos, muitas vezes, se tornam incipientes nas organizações de saúde. Nas escolas de enfermagem, pode ser desenvolvido como uma estratégia de ensino, mas a realidade é bem diferente do que se pode implementar. Algumas instituições de saúde não conseguiram operacionalizar todas as fases do processo, realizando, assim, apenas algumas de suas fases.

Ainda Cianciarullo *et al.*, acima citadas, argumentam que

Com a SAE o enfermeiro constrói para si um esquema de referência que se concretiza por meio de um processo educativo, com o qual ele avalia o cuidado implementado ao paciente. Esta referência relaciona-se aos pontos específicos estabelecidos pela SAE e os particulares criados pelos enfermeiros que se constituem num mapa individual, o qual norteia o processo assistencial. Esta possibilidade criada pela SAE tem repercussões no aspecto emocional, que se evidencia na segurança, tranquilidade e facilidade referidas nas afirmativas acima. A SAE permite, ainda, ao enfermeiro

envolver-se nas atividades de planejamento, execução e avaliação das ações de enfermagem, possibilitando uma visão global da assistência. (CIANCIARULLO *et al.*, 2001, p.117).

Deste modo, com uma SAE implantada, o enfermeiro poderia, provavelmente, planejar melhor suas atividades; é claro que as demandas continuariam a chegar, mas, possivelmente, poder-se-ia prestar uma assistência com mais qualidade usando a nossa tecnologia, a tecnologia do cuidado e enfermagem.

Poderia haver uma melhoria da qualidade da assistência prestada, pois poderíamos lançar mão, de modo contínuo, de programas de auditoria retrospectiva, o que pode contribuir para avaliar os problemas dos pacientes, promovendo, assim, ações seguras e provendo intervenções mais adequadas, que podem direcionar a gestão da qualidade em enfermagem.

Cunha e Barros (2005), no que se refere à SAE, esclarecem que os valores e princípios que norteiam práticas organizacionais mais centralizadoras tendem a dificultar o aprendizado, pela equipe de enfermagem, da participação tão importante na implementação da SAE. Quando o processo decisório tende à centralização, a implantação pode ser mais rápida, mas o envolvimento e a validação, pela equipe, podem ser mais lentos e problemáticos.

Essas autoras argumentam que outras variáveis organizacionais interferem na implementação da SAE, como a composição da equipe de enfermagem, os métodos e instrumentos utilizados na gestão dos serviços, unidades, equipes e assistência de enfermagem, a existência de um plano estratégico alinhado com a missão institucional, o investimento contínuo em desenvolvimento de pessoal, o monitoramento de todo o processo

da introdução, aperfeiçoamento e manutenção da SAE, e a existência de lideranças que provenham às equipes aquilo que necessitam para suas ações. (CUNHA; BARROS, 2005).

Estabelecendo uma aproximação do processo de enfermagem com a utilização de protocolos na prática clínica do enfermeiro, podemos considerar que eles também contam com uma sequência de ações sistematizadas, pautadas pelo estabelecimento de prioridades; e, se bem implementados, expressam, no seu bojo, a aplicação do processo de enfermagem de forma otimizada e operacionalizável, levando à satisfação não só das necessidades do cliente, mas também à dos enfermeiros que prestam o cuidado (LIMA, 2007).

Para tanto, a hipótese elaborada é contextualizada a partir da premissa de que os protocolos de enfermagem, aqui entendidos como processo aplicado, são elaborados para atender tanto às necessidades da gerência quanto às da assistência, ou seja, estão na interface do saber fazer como elementos constitutivos da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

3.2.4.4 Subcategoria XI: *Considerando o protocolo como uma ferramenta para o cuidado.*

Componentes:

- Direcionando o cuidado com protocolos;
- Considerando o protocolo como uma ferramenta.

Os entrevistados trazem o termo “diretriz clínica” e “protocolos” como pressupostos conceituais analógicos. Tal achado encontra-se em conformidade com o descrito por Potter e Perry (2009) que consideram que um protocolo é um plano escrito,

especificando os procedimentos a serem seguidos durante o cuidado ao cliente com distúrbio clínico ou situação determinada, delineando, para o enfermeiro, as condições que eles têm permissão para tratar.

Destarte, as diretrizes clínicas constam de passos norteadores para o cuidado direto, não prevendo padronização de condutas de cunho administrativo e organizacional. Já os protocolos podem contemplar tanto as diretrizes clínicas como outros aspectos do cuidado. Considerando, ainda, que os protocolos podem servir de referência na construção de critérios e padrões para a avaliação de desempenho de processos de cuidado, o conjunto de diretrizes deve estar voltado para um tema específico, com vistas a padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão dos profissionais, devidamente adaptados à experiência e ao contexto profissional (LIMA, 2007).

Nesta subcategoria, os entrevistados entendem que as diretrizes clínicas são meios norteadores, servindo de referencial para a assistência da equipe de enfermagem diante do agravo do processo de saúde-doença dos clientes.

Quando ela tem algo, seja um processo, seja um protocolo, algo que direcione a ação dela frente a um cliente que tenha uma determinada condição, principalmente na área da enfermagem. Um cliente portador de uma determinada condição aguda, quando ela tem um direcionamento, ele pode organizar as ações dela, ter meios pra avaliar o que foi que ela fez, se ela tinha informações necessárias para implementar determinadas ações. (MsC 1 - Mercúrio).

Vejo protocolo como orientação aos profissionais pra determinada patologia referente à assistência, para ter um norte, nortear aqueles profissionais justamente com uso de cada medicação, assistência, coleta de

exames. Para cada resultado, você tem uma linha a percorrer. Evolução de sinais e sintomas, conforme for você pode ir pra um lado ou para outro desse protocolo, eu vejo como sendo um norte. (MsC 3 - Vênus).

A padronização no atendimento aos clientes, considerando suas individualidades e seus aspectos subjetivos, além de contribuir oficialmente para os registros de enfermagem, também propicia o melhor gerenciamento da assistência de enfermagem, conferindo ao profissional segurança para atender as necessidades manifestadas pelo cliente. (BERGAMO; ABRAHÃO; FURINI, 2005).

Nesta subcategoria, os códigos preliminares agrupados indicam que os protocolos são considerados uma ferramenta de cuidado, pois não servem apenas de instrumento estático, podendo ser readaptados conforme a necessidade tanto do profissional quanto do cliente. Para tanto, como ferramenta, eles são entendidos como “instrumentos flexíveis” e potencialmente aplicáveis.

No jogo de necessidades que se apresenta para o processo de trabalho, é possível, então, pensarmos que, no processo de trabalho em saúde, há um encontro do agente produtor, com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de um modo geral), com o agente consumidor, tornando-o, em parte, objeto da ação daquele produtor, mas, com isso, não deixando de ser também um agente que, em ato, torna disponíveis seus conhecimentos e representações, inclusive aqueles expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde, para o momento do trabalho. No seu interior do processo de trabalho há uma busca de realização de um produto ou uma finalidade, que se expressa de distintos modos por esses agentes e que podem até mesmo coincidir.

O quadro a seguir apresenta os códigos inerentes à categoria aqui discutida.

CATEGORIA 4			
GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM COM PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS			
Subcategoria VIII – Gerenciando o cuidado direto de enfermagem			
Subcategoria IX – Gerenciando o cuidado indireto de enfermagem			
Subcategoria X – Sistematizando o cuidado com protocolos			
Subcategoria XI – Considerando o protocolo como uma ferramenta para o cuidado			
COFICAÇÃO ABERTA			CODIFICAÇÃO AXIAL
CÓDIGOS PRELIMINARES	CÓDIGOS CONCEITUAIS	COMPONENTES	SUBCATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sendo responsável pela assistência / cuidado direto ao cliente; ✓ Implementando cuidados técnicos junto ao cliente; ✓ Gerenciando o cuidado ao cliente; ✓ Avaliando a condição clínica do cliente; ✓ Utilizando parâmetros clínicos e hemodinâmicos; ✓ Questionando as práticas de cuidado ao cliente; ✓ Adotando estratégias para a assistência ao cliente; ✓ Avaliando o cliente com risco iminente de morte; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sendo responsável pela assistência / cuidado direto ao cliente; ✓ Implementando cuidados técnicos junto ao cliente; ✓ Gerenciando o cuidado ao cliente; ✓ Avaliando a condição clínica do cliente; ✓ Utilizando parâmetros clínicos e hemodinâmicos; 	<p>IMPLEMENTANDO CUIDADOS TÉCNICOS</p> <p>AVALIANDO A CONDIÇÃO CLÍNICA DO CLIENTE</p>	<p>Subcategoria VIII: GERENCIANDO O CUIDADO DIRETO DE ENFERMAGEM</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sendo responsável pelo setor; ✓ Trabalhando em setores de máxima complexidade; ✓ Adequando o setor para situações críticas; ✓ Pensando na qualificação do profissional 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sendo responsável pelo setor; ✓ Adequando o setor para situações críticas; 	<p>GERENCIANDO O AMBIENTE DO CUIDADO</p> <p>GERENCIANDO A EQUIPE PARA ATENDIMENTO AO CLIENTE</p>	<p>Subcategoria IX: GERENCIANDO O CUIDADO INDIRETO DE ENFERMAGEM</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientando o treinamento da equipe com protocolos; ✓ Orientando o conhecimento a partir de protocolos; ✓ Recrutando pessoas para o atendimento; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientando o treinamento da equipe com protocolos; 	<p>ORGANIZANDO O AMBIENTE DO CUIDADO</p> <p>AVALIANDO A QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gerenciando a equipe para o atendimento; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gerenciando a equipe para o atendimento; 		

QUADRO 7. Codificação aberta e axial da CATEGORIA 4. (continua)

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Redirecionando o espaço do cuidado provendo materiais e equipamentos; ✓ Sensibilizando a equipe a trabalhar com protocolos; ✓ Promovendo assistência de qualidade; ✓ Possibilitando avaliar o cuidado ao cliente; ✓ Melhorando o processo de cuidar em enfermagem; ✓ Primando pela satisfação do cliente; ✓ Avaliando a assistência de qualidade; ✓ Melhorando a qualidade da assistência pelo impacto da tecnologia. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Redirecionando o espaço do cuidar; ✓ Possibilitando avaliar o cuidado; ✓ Avaliando a assistência de qualidade; ✓ Melhorando a qualidade da assistência pelo impacto da tecnologia. 		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Discutindo o processo de enfermagem como elemento, meio e ferramenta; ✓ Tendo uma diretriz pautada pelo processo de enfermagem; ✓ Aplicando protocolos para grupos específicos; ✓ Padronizando a assistência de enfermagem; ✓ Sistematizando o cuidado de enfermagem; ✓ Negando a sistematização nas instituições; ✓ Tendo ferramentas / instrumentos que sistematizem; ✓ Sistematizando o cuidado; ✓ Sistematizando o modo de agir com protocolos; ✓ Utilizando os protocolos para a sistematização da assistência. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tendo uma diretriz pautada pelo processo de enfermagem; ✓ Padronizando a assistência de enfermagem; ✓ Sistematizando o cuidado de enfermagem; ✓ Utilizando os protocolos para a sistematização da assistência. 	<p>UTILIZANDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA ORGANIZAR O CUIDADO</p> <p>SISTEMATIZANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM</p>	<p>Subcategoria X: SISTEMATIZANDO O CUIDADO COM PROTOCOLOS</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Agilizando o cuidado com protocolo; ✓ Tendo protocolos / diretrizes como referencial para prestar cuidados; ✓ Intervindo efetivamente; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Agilizando o cuidado com protocolo; ✓ Tendo protocolos / diretrizes como referencial para prestar cuidados; 	<p>DIRECIONANDO O CUIDADO COM PROTOCOLOS</p> <p>CONSIDERANDO O PROTOCOLO UMA FERRAMENTA</p>	<p>Subcategoria XI: CONSIDERANDO O PROTOCOLO COMO UMA FERRAMENTA PARA O CUIDADO</p>

QUADRO 7. Codificação aberta e axial da CATEGORIA 4. (continua)

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuidando de forma objetiva; ✓ Tendo informações prévias de ações com protocolo; ✓ Subsidiando o cuidado com protocolos; ✓ Sendo o protocolo um referencial para o cuidado; ✓ Tendo interação entre os cuidados prestados e os protocolos existentes; ✓ Tendo ferramentas / instrumentos que sistematizem. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sendo o protocolo um referencial para o cuidado; ✓ Tendo ferramentas / instrumentos que sistematizem. 		
--	--	--	--

QUADRO 7. Codificação aberta e axial da CATEGORIA 4.

Para ilustrar a representatividade dessa categoria no modelo paradigmático, apresento uma figura representativa trazida como uma das estações do ano que, neste caso, é o verão.



FIGURA 8. Imagem representativa da Categoria 4 na disposição do modelo.
Fonte: PAES, 2011 [Fotomontagem da autora].

Além disso, parece-me que um grande desafio dos que se preocupam com os processos de gerenciamento do cuidado em saúde, no interior dos estabelecimentos, é

procurar a combinação ótima entre eficiência das ações e a produção de resultados usuários centrados, isto é, é procurar a produção do melhor cuidado em saúde, aqui considerado como o que resulta em cura, promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Só que, para isso, há que se conseguir uma combinação ótima entre a capacidade de se produzir procedimentos com a de produzir o cuidado.

Entendo que há dispositivos “naturais” desse processo, descolados da própria tecnologia leve que opera nesses espaços interseções, como, por exemplo, o acolhimento, que tem um grande poder de gerar ruídos, por expor mais claramente a razão ético-política e não só a instrumental que opera no seu interior. Entretanto, podem-se, também, criar dispositivos “artificiais” que possam interrogar esses processos instituintes e instituídos; alguns experimentos dos quais temos participado têm mostrado certa eficácia interessante no repensar o trabalho em saúde. Nesse particular, tem-se a construção de ferramentas, como, por exemplo, fluxogramas, protocolos e redes estratégicas de avaliação e análises de processos.

3.2.5 Conhecendo a Categoria 5. (*O Outono...*) — O CUIDADO LEGITIMADO GERANDO AUTONOMIA PROFISSIONAL.

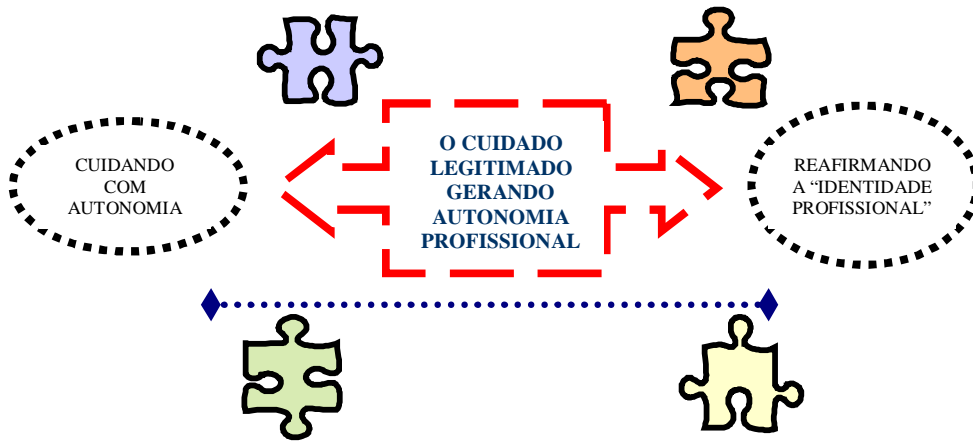


FIGURA 9. Diagrama ilustrativo da Categoria 5 - **O CUIDADO LEGITIMADO GERANDO AUTONOMIA PROFISSIONAL**

Fonte: PAES, 2011 [Diagrama elaborado pela autora].

Esta categoria apresenta duas subcategorias: XII – *Reafirmando a “identidade profissional”* e XIII – *Cuidando com autonomia*.

Tais achados são inferidos os questionamentos que ainda permeiam a atividade do enfermeiro diante da construção histórica da sua identidade profissional.

3.2.5.1 Subcategoria XII: *Reafirmando a “identidade profissional”*

A subcategoria denota a necessidade percebida pelos entrevistados acerca de (re)afirmação da sua identidade profissional, mesmo nos dias atuais.

Quando apresento tal categoria, verifico que, mesmo em um tempo quando se discute a sistematização da assistência e o processo de enfermagem como peculiar e obrigatório nas instituições, o enfermeiro ainda necessita ratificar sua condição primordial diante da equipe multiprofissional.

Nesse sentido, Ribeiro *et al.* (2006) explicitam que o trabalho da enfermagem está localizado na interface de outros trabalhos na área da saúde e possui caracteres que mais ou menos o identificam, bem como os seus trabalhadores; dentre eles se encontram a forma como seus saberes são constituídos, seus interesses, seus instrumentos e objetos de trabalho e suas formas de organização. Segundo Oliveira (2006; 1995), às vezes, parece não existir, por parte da sociedade, uma diferenciação entre enfermeiro e equipe de enfermagem, o que, certamente, apresenta reflexos nas representações, na autoimagem e na auto(des)valorização das profissionais acerca de seu trabalho e das funções sociais.

A gente cria uma "cara", uma identidade, um respeito, as pessoas vêem que a gente não faz de forma empírica. Aquilo é um processo estudado, cientificamente pautado, a gente cria muito mais respeito profissional com uso de protocolos. (MsC 3- Vênus).

Torna-se pertinente registrar que, durante os depoimentos, ficou claro que a identidade não é estática e gerada por regras, mas ela se (re)configura e se reafirma ao longo da sua jornada de construção profissional.

A identidade se consolida quando o enfermeiro "se percebe" como agente transformador no processo saúde-doença dos clientes, no ambiente de cuidado. Para tanto, é imprescindível o aprimoramento técnico-científico

pautado pelas melhores evidências científicas, devendo este ser incorporado à prática assistencial, educativa e gerencial do enfermeiro.
(Nota de reflexão da autora)

“A passagem pelos espelhos” foi a metáfora utilizada em um estudo que teve como objetivo analisar a construção da identidade profissional da enfermeira, a partir de suas representações sociais sobre três períodos distintos: o anterior ao ingresso na universidade, durante a formação e após a graduação, bem como discutir os processos de construção/desconstrução/reconstrução de sua identidade profissional. O primeiro espelho corresponde ao período anterior à entrada na universidade e revela que a construção da identidade profissional se inicia simultaneamente à construção da identidade juvenil. No segundo espelho, as enfermeiras explicitaram a construção da identidade de resistência; e na passagem pelo terceiro espelho, se destacaram as questões práticas do cotidiano da enfermagem, tais como a qualificação, a autonomia e o reconhecimento profissional (OLIVEIRA, 2006).

A identidade é formada e transformada, continuamente, em relação às formas pelas quais somos representados ou interpelados nos sistemas culturais que nos rodeiam, sendo reafirmada, ao longo do tempo, de modo que sua unidade permanece sempre incompleta (HALL, 2000).

Primeira coisa é a identidade. Embora todos trabalhem juntos, cada um tem sua característica particular. [...] Então, ele precisa ter identidade, ou seja, a enfermagem vai cuidar do indivíduo dentro do processo de saúde-doença e não pura e simplesmente da doença. Acho que essa é uma primeira inserção da questão da identidade. (MsC 2- Marte).

O profissional enfermeiro reconhece a necessidade de se organizar para assumir uma dimensão maior no trabalho em saúde, através da implementação de estratégias para intervir de forma fundamentada no processo de cuidar, rompendo com aquela identidade estabilizada, expressando, assim, seu significado na equipe de saúde, afastando-se de ações submissas e pouco expressivas (BUENO; QUEIROZ, 2006).

3.2.5.2 Subcategoria XIII: *Cuidando com autonomia.*

Os códigos preliminares trazem a autonomia como algo gerado a partir de um cuidado legítimo. A legitimidade, aqui, é considerada como algo instituído que deriva da autenticidade do enfermeiro na sua prática clínica.

Nas instituições [em] que eu venho trabalhando, na sua grande maioria, são instituições públicas; e essas instituições públicas, na sua grande maioria, pelo menos nas instituições que eu venho trabalhando, a gente não tem algo sistematizado, ou seja, algo instituído, algo institucional que forneça, na verdade, uma diretriz de como agir. Algo instituído, [em] que a instituição tenha legitimado o modo que vai direcionar e, a partir dali, a gente possa fazer uma avaliação. (MsC 1- Mercúrio).

Entende-se que já postulamos o exercício profissional legítimo pela Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética dos Profissionais de enfermagem. Destarte, os entrevistados significam o “estado de autonomia” como algo conquistado e não determinado, previamente, por Lei. Não obstante, assumem a responsabilidade por essa “maneira de pensar” sobre autonomia profissional e defendem tal concepção como primeiro

passo para a legitimidade e o reconhecimento do “ser enfermeiro” nas instituições.

Verifiquemos a fala abaixo:

Vejo os protocolos como tecnologia, como, também, a evolução da enfermagem utilizando protocolos como tecnologia. Não pura SAE, para dizer o que é. Não! É o que falo: te dá um autonomia com relação à assistência, e o uso deles, pra evolução do nosso cuidado. (MsC 3 - Vênus).

Como aponta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, a lei do exercício profissional, em seu artigo 11, ao enfermeiro cabe privativamente: planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem. Para tanto, deve apropriar-se do processo de enfermagem como instrumento legítimo para cuidar em enfermagem e, portanto, destaca-se como ser autônomo e legítimo no exercer de “ser/estar” enfermeiro.

O enfermeiro situa-se, frequentemente, em níveis intermediários de hierarquia administrativa, na qual sua autonomia é limitada e confusa, distante das práticas interdisciplinares o que, conseqüentemente, também fragiliza a qualidade do cuidado prestado (ROSSI; LIMA, 2005).

O enfermeiro como gestor vem galgando espaços, no sistema de saúde, ainda que de forma incipiente. Sua “autoafirmação” diante da equipe multiprofissional encontra-se segregada a outras classes profissionais, requerendo mais “autonomia legitimada” junto às instituições de saúde.

Corroborando tal ideia, Lopes, Carvalho, Backes, *et al.* (2009) informam que os enfermeiros têm conhecimento político, tecnológico e de gestão nos serviços de saúde, apresentando grande potencial para articular os serviços, principalmente o de enfermagem, pois possuem competência técnica no exercício profissional. Porém, ainda são frágeis, politicamente, o que limita a sua autonomia profissional e os torna, muitas vezes, ainda subordinados a outros profissionais.

A “autonomia legitimada” significa para o enfermeiro o reconhecimento, pelo instituído e instituinte, das forças científicas e singulares do cuidar em enfermagem. A partir de incorporações de saberes próprios e alheios a sua prática, imprime um olhar de vanguarda no que tange à construção de um saber fazer único e singular à enfermagem. Isto posto, quando incorporados como processo de enfermagem aplicado, geram autonomia e legitimam a identidade do enfermeiro.
(Nota de reflexão da autora).

A enfermeira constrói o exercício da liderança ao longo da sua trajetória profissional, devendo estar a serviço da mudança efetiva alicerçada na justiça, na liberdade, na busca da autonomia, na responsabilidade, que podem elevar os trabalhadores de enfermagem a construtores do seu tempo, por sua história de vida (LOPES; CARVALHO; BACKES; *et al.*, 2009).

CATEGORIA 5			
O CUIDADO LEGITIMADO GERANDO AUTONOMIA PROFISSIONAL			
Subcategoria XII: <i>Reafirmando a "identidade profissional"</i>			
Subcategoria XIII: <i>Cuidando com autonomia</i>			
CODIFICAÇÃO ABERTA			CODIFICAÇÃO AXIAL
CÓDIGOS PRELIMINARES	CÓDIGOS CONCEITUAIS	COMPONENTES	SUBCATEGORIA
✓ Caracterizando a identidade do enfermeiro na assistência;	✓ Falando sobre identidade e formação profissional		Subcategoria XII: REAFIRMANDO A "IDENTIDADE PROFISSIONAL"
✓ Falando acerca da formação profissional;			
✓ Sentindo segurança no profissional;			
✓ Criando identidade com protocolos;			
✓ Legitimando o cuidado de enfermagem;	✓ Legitimando o cuidado de enfermagem;		Subcategoria XIII: CUIDANDO COM AUTONOMIA
✓ Gerando respeito profissional;	✓		
✓ Tendo autonomia na assistência utilizando protocolos específicos;	✓ Tendo autonomia na assistência utilizando protocolos específicos;		
✓ Tendo um referencial para as ações;			
✓ Avaliando a partir de instrumentos legítimos;			
✓ Reconhecendo o protocolo como legítimo para o cuidado em enfermagem;	✓ Reconhecendo o protocolo como legítimo para o cuidado em enfermagem.		
✓ Negando a existência de diretrizes de enfermagem legitimados institucionalmente;			
✓ Lidando com a realidade institucional;			
✓ Viabilizando os protocolos nas instituições.			

QUADRO 8. Codificação aberta e axial da CATEGORIA 5.

Para ilustrar a representatividade dessa categoria no modelo paradigmático, apresento uma figura representativa trazida como uma das estações do ano, que neste caso é o outono.



FIGURA 10. Imagem representativa da categoria 5 na disposição do modelo.
Fonte: PAES, 2011. [Fotomontagem da autora].

Então, pode-se dizer que o modelo assistencial que opera, hoje, nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Além disso, é possível, também, afirmar que, nesse modelo assistencial, a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde é subjugada por essa lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido.

Superar essa conformação exige operar com alguns dispositivos que possibilitam redefinir os espaços de relações entre os vários atores envolvidos nesses processos, alterando as missões do estabelecimento, ampliando os modos de produzir os atos em saúde, sem perder as eficácias de intervenção dos distintos núcleos de ação. Nesse caso, vê-se que o núcleo cuidador é o que deverá se impor, o que favorecerá, inclusive, a diminuição das

relações de dominação que se estabelecem entre os vários profissionais, como representantes de certos interesses, e os modos de operá-los no interior dos modelos de atenção. E, mais ainda, pode-se abrir, a partir desse núcleo em comum, o cuidador, um espaço semelhante e equivalente de trabalho na equipe, que explore a cooperação entre os diferentes saberes e o partilhamento decisório.

Autonomia é um conceito complexo; o fato de utilizarmos protocolos autênticos não garante conquistá-la. A autonomia é sempre relativa, porque é construída no âmbito de diferentes relações que são lineares, posto que envolvem pessoas, instituições e as variáveis cotidianas.



Tela: Dance of Youth (Picasso)

4 Desvelando o modelo paradigmático, Revelando a Matrix Teórica Substantiva

*Só por hoje eu não quero mais chorar
Só por hoje eu espero conseguir
Aceitar o que passou o que virá
Só por hoje vou me lembrar que sou feliz
Hoje já sei que sou tudo que preciso ser*

...

*Não sei onde estou indo
Só sei que não estou perdido
Aprendi a viver um dia de cada vez
Só por hoje eu não vou me machucar
Só por hoje eu não quero me esquecer*

...

*Só por hoje eu não quero mais chorar
Só por hoje eu não vou me destruir
Posso até ficar triste se eu quiser
É só por hoje, ao menos isso eu aprendi.*

Só Por Hoje

(Legião Urbana)

4 DESVELANDO O MODELO PARADIGMÁTICO...

Nesta sessão traremos os componentes do Modelo Paradigmático com suas devidas representatividades e simbologia fenomênica para construção da Matrix Teórica.

4.1 Apresentando o Modelo Paradigmático... *(A Terra e seus movimentos no Sistema Solar...)*

Valadares (2006) refere que o símbolo é aspecto central do Interacionismo Simbólico, já que, a partir deles, os seres humanos interagem uns com os outros. Assim, os símbolos são objetos que são utilizados pelos atores sociais para representação e comunicação. Sua representação simbólica é uma interpretação da realidade presente em todo ser humano, que busca a apreensão do mundo que o rodeia para nele pode se relacionar.

O comportamento humano tem suas bases naquilo que ele conhece da realidade como sendo interpretação a esta relacionada; tem, no imaginário, uma das formas de interpretação simbólica do mundo, sem ser a única, pois há a existência de representação cognitiva.

Se o imaginário, por ser uma representação simbólica, trabalha com a construção de símbolos, que é a atribuição de significados, a ideia representativa de uma dada realidade, estes formam uma rede que une as construções dos estereótipos e das identidades, que são conceitos essenciais neste estudo.

Assim, apresento o fenômeno do estudo propiciando uma visão ampliada das categorias, as conexões e as interpretações da realidade, resultante de uma análise sistemática e contínua, estudo aquele assinalado por um intenso trabalho de leitura e releitura dos dados pertinentes ao processo de codificação da Teoria Fundamentada nos Dados.

Ressalte-se que, dentro dessa metodologia, aproximei-me do assunto sem uma teoria a ser testada, mas com o desejo de entender uma determinada situação: como e por que seus participantes agem de determinada maneira, como e por que determinado fenômeno ou situação se desdobra deste ou daquele modo.

4.2 Apresentando o fenômeno Central... (O SOL...)

Strauss e Corbin (2008, p.100) explicam que o fenômeno é a ideia central, evento, o que está acontecendo, sobre o qual um conjunto de ações / interações é orientado para a gestão ou manipulação, ou com o qual o conjunto está relacionado. Para identificar o fenômeno fazem-se perguntas como: o que estes dados nos referem? Qual é a ação / interação, afinal?

Baseando-me nesses autores, foi possível identificar o referido fenômeno:

O fenômeno central emergiu a partir da análise e entrelaçamento das categorias, com suas devidas propriedades e códigos. Assim, tratei como fenômeno central **OS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM COMO TECNOLOGIA APLICADA AO GERENCIAMENTO DO CUIDADO.**

Em consonância com as concepções teóricas do Interacionismo Simbólico e da Teoria Fundamentada nos Dados para o delineamento das categorias apresentadas a seguir, não se pode deixar de mencionar os trabalhos de Valadares (2006) e Alcântara (2005), que me auxiliaram na consecução dessa etapa da pesquisa, tal a clareza da apresentação dos seus dados.

Assim, a natureza do objeto deste estudo é subjetiva. O significado da utilização de protocolos no gerenciamento de enfermagem e a intencionalidade de suas ações com base nesse significado estão no âmbito dessa subjetividade. Portanto, foram essas as principais razões que me fizeram optar por trabalhar na lógica das abordagens qualitativas e, dentro delas, o Interacionismo Simbólico – cujas principais premissas, de acordo com Blumer (1969, p.2), Trezza (2002, p.20), Haguette (2005, p.35), são:

I – O ser humano age em relação às coisas, com base nos significados que elas têm para ele;

II – O significado destas coisas é derivado, ou seja, surge da interação social que se estabelece com outras pessoas;

III – Estes significados são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pelo sujeito ao tratar as coisas e situações que ele encontra.

Quando se propõe modular um cenário que traz concepções de tecnologia como “ferramentas” e não tão somente confundi-la com instrumentos (equipamento), vale ressaltar que a face positiva, muitas vezes, não está bem desenhada e explícita, pois os entraves aos processos sociais e de trabalho em saúde colaboram para a rejeição da perspectiva contemporânea do uso da tecnologia e seus avanços.

Desse modo, uma máquina como um computador não seria em si uma tecnologia, mas um equipamento tecnológico, expressão de uma tecnologia, que se apresenta para nós como saberes que buscam na máquina-computador uma ferramenta que possibilita operar com processamentos rápidos e massivos de dados, por exemplo. A tecnologia seria então o saber ou os saberes que permitiram construí-la e que estão comprometidos com a realização de determinadas finalidades previamente colocadas para os processos de trabalhos que lhe são pertinentes. (MERHY, 2004, p. 16).

Por isso, tratei a concepção de protocolos assistenciais como saberes tecnológicos, por serem saberes que são produzidos de modo estruturado, com a realização de intervenções clínicas guiadas por fortes evidências e pautadas pelo processo de enfermagem autêntico e ético.

Nas palavras de Merhy (2004, p. 18):

Um saber tecnológico opera em uma dobra na qual, de um lado, expressa seu compromisso com a "razão instrumental", e, de outro, com a "razão teórica". Devendo, como tal, estar aberto às leituras de seus pressupostos de construção, de suas intencionalidades e finalidades, em ambas as dimensões.

Honório e Caetano (2009) informam que, atualmente, a padronização é considerada a mais fundamental das ferramentas gerenciais. No entanto, conforme as experiências têm demonstrado, a situação brasileira, no tocante à padronização não é boa: falta literatura e faltam educação e treinamento dos agentes envolvidos. Contudo, as pessoas que ocupam cargos gerenciais precisam sensibilizar-se com o fato de que a padronização é o caminho mais seguro para a produtividade e a competitividade em nível internacional, e constitui as bases sobre as quais se assenta o gerenciamento moderno.

Entretanto, tudo indica que, quando estamos diante de uma tecnologia do tipo leve (como o acolhimento), a situação é um pouco distinta de quando estamos perante uma tecnologia do tipo dura (como o realizar uma conduta totalmente normalizada ou mesmo o processo incorporador de máquinas-ferramentas), pois tecnologia leve nunca é escassa, ela sempre é um processo em produção. (MERHY, 2004).

Sendo assim, os protocolos são considerados sistema de e para informação em enfermagem, pois contemplam tomadas de decisão validadas com vistas à aplicação da prática clínica. Uma vez validados e adaptados, a linguagem realística colaboram para o desenvolvimento de recomendações previamente definidas, imbuídas de fortes evidências e raciocínio clínico e reflexivo. Se a proposta dos protocolos contempla intervenções validadas e legítimas, estes, se submetidos a um processo de avaliação tecnológica e econômica em saúde, podem servir como fortes indicadores para a qualidade e a avaliação em serviço.

Para ilustrar a representatividade do fenômeno no modelo paradigmático, tratei uma figura representativa trazida como sendo o sol.

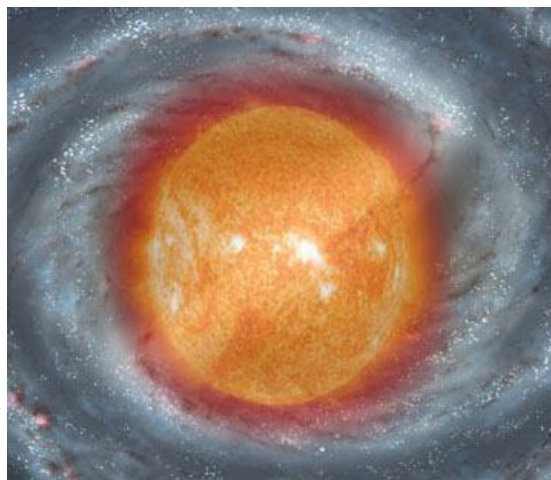


FIGURA 11. Imagem representativa do fenômeno central na disposição da matriz teórica. Fonte. PAES, 2011 [Fotomontagem da autora].

Merhy (2004) corrobora, informando que para se ter a possibilidade de viabilizar as respostas às questões acima, o conjunto das ferramentas analisadoras deve ter a capacidade de instrumentalizar o conjunto dos trabalhadores, como gestores efetivos do processo de trabalho, em pelo menos três campos de interrogações sobre os modelos de atenção e os processos gerenciais:

- a. Devem ter capacidade e sensibilidade, como qualquer instrumento, para abrir a caixa-preta sobre “o como” se trabalha e, nesse sentido, revelar qualitativamente o modo de operar cotidianamente a construção de um certo modelo de atenção em serviços concretos.
- b. Devem ter capacidade e sensibilidade para revelar “o que” esse modo de trabalhar está produzindo e assim mostrar em que tipo de produtos e resultados se desemboca com esse modo de operar o cotidiano do trabalho em um dado serviço.
- c. Devem também, pelo menos, ter capacidade e sensibilidade de permitir a interrogação sobre o “para que” se está trabalhando, tentando revelar os interesses efetivos que se impõem sobre a organização e realização cotidiana dos modelos de atenção nos diferentes serviços; esse momento é, privilegiadamente, uma interrogação sobre os princípios ético-políticos que comandam a existência de um serviço de saúde.

4.3 Fazendo a interconexão das categorias.

Ao elaborar os códigos, categorias e subcategorias, encontrei um conjunto de dados que novamente passaram por uma nova análise, na intenção de identificar a ideia central do estudo. Após, foi necessário construir as conexões entre as categorias, chamadas de Modelo do Paradigma de Strauss e Corbin (2008, p.127). Os autores referem que o modelo estabelece a conexão ou inter-relação das categorias com o fenômeno identificado, sendo uma perspectiva assumida em relação aos dados, outro ponto de vista analítico que ajuda a reunir e ordenar os dados sistematicamente, integrando estrutura e processo.

Entendo a disposição das categorias no modelo proposto por Strauss e Corbin (2008) da seguinte forma:

Como **condição causal**, ou seja, a necessidade inicial apontada para o modelo tem-se a categoria *(Re)conhecendo as tecnologias aplicadas ao cuidado de enfermagem*.

Como **condição interveniente** para o gerenciamento do cuidado com protocolos, tem-se a categoria *Os protocolos de enfermagem e suas particularidades*.

No **contexto**, a categoria gerada reflete *Os protocolos como tecnologia aplicada à saúde*.

As **estratégias de ação e interação** estão entendidas na categoria *Gerenciando o cuidado de enfermagem com protocolos*.

Como **consequência**, a categoria que mais se adequou foi a intitulada *O cuidado legitimado gerando autonomia profissional*.

Da conexão destes cinco itens do Modelo Paradigmático, pode sugerir um **fenômeno** a ser desvelado: *Os protocolos assistenciais de enfermagem como tecnologia aplicada ao gerenciamento do cuidado.*

Strauss e Corbin (1990, p. 99) esclarecem que o modelo é um conjunto de relações causais denotando condições, fenômeno, o contexto, condições interventivas, estratégias de ação/interação e consequências. Para simplificação demonstrativa, apresento o modelo de maneira esquemática, como segue.

OS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM COMO TECNOLOGIA APLICADA AO GERENCIAMENTO DO CUIDADO



FIGURA 12. Diagrama ilustrativo do modelo representativo da disposição das categorias e suas congruências com o modelo paradigmático.
Fonte: PAES, 2011. [Diagrama elaborado pela autora].

Desenho ilustrativo da disposição das categorias será apresentado na próxima seção, em formato do movimento de translação da terra e suas estações do ano. Traz como essência a interação entre as categorias, que neste exemplo, são dinâmicas e “vivas”, podendo sofrer alterações conforme a interação e significado dado pelos sujeitos que participam do processo de cuidado.

Tratei aqui de expressar de maneira simbólica a interconexão das categorias. Contudo, para elucidação da Matrix Teórica, registrei a percepção da melhor “ocupação” das categorias no Modelo Paradigmático proposto por Strauss e Corbin (2008).

4.4 Revelando a Matrix Teórica Substantiva do MODELO DE GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM COM PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

De acordo com os pressupostos do Interacionismo Simbólico, o próprio cliente é elemento de interação com ele mesmo e, nesse sentido, entram em cena suas crenças, suas culturas e seus valores.

Dessa forma, o ambiente é o palco da interação social, abrangendo as dimensões existenciais do indivíduo em suas necessidades humanas de relacionamento. Entram em cena, nesse momento, aspectos físicos, psicológicos, éticos, sociais, dentre outros, entre o sujeito e os indivíduos com os quais convive em cada uma das esferas pela qual circula. Nesse sentido, o enfermeiro é representado simbolicamente como um “operador” dos protocolos assistenciais o qual, a depender do seu julgamento clínico aplicado à necessidade do cliente, terá opções para utilização desta ferramenta tecnológica.

Dessa forma, o fenômeno será mais bem compreendido a partir das conexões entre as seguintes categorias.

- **CONDIÇÃO CAUSAL: (Re) conhecendo as tecnologias aplicadas ao cuidado de enfermagem.**

Após identificar o fenômeno do estudo, sucederam-se muitos questionamentos, mas a pergunta que não parava de aflorar era: *O que significa a utilização de protocolos assistenciais no cuidado de enfermagem?* As condições causais são eventos, incidentes ou acontecimentos que levam à ocorrência ou ao desenvolvimento de um fenômeno.

De acordo com Strauss e Corbin (1990, p.100), este termo refere-se aos “acontecimentos ou incidentes que levaram à ocorrência ou desenvolvimento de um fenômeno”.

A condição causal é, muitas vezes, apontada nos dados quando se usam termos como: “quando”, “enquanto”, “uma vez que”, “porque”, “devido a”, “à conta de”.

Reflexos do ‘saber agir’ sobre o processo de enfermagem aplicado podem gerar novos significados para as inovações tecnológicas em saúde, pois de certa forma aquele processo havia sido desvinculado da sua essência durante anos, tornando-se instrumento meramente metódico – e não metodológico, comprometendo sua aplicabilidade pelo caráter meramente normativo e não operativo. Para tanto, fica claro que a representação dos protocolos como processo de enfermagem aplicado denota uma forte tendência para as incorporações de tecnologia em saúde direcionando a práxis em enfermagem.

- **CONTEXTO: Os protocolos como tecnologia aplicada à saúde.**

Após a identificação da condição causal, uma nova questão nascia, ao *se reconhecer a utilização de tecnologias no cuidado de enfermagem e entender que os protocolos são tecnologias em saúde; então, eles podem auxiliar no cuidado de enfermagem, onde e quando?* O *contexto*, de acordo com Strauss e Corbin (2008, p. 100), representa o “conjunto específico de propriedades que partem de um fenômeno, ou seja, a localização dos eventos ou incidentes relativos a um fenômeno ao longo de uma faixa dimensional.” *Contexto*, ao mesmo tempo, é também o particular conjunto de condições dentro do qual as estratégias de ação/interação são tomadas para gerir, manipular, efetuar, e a fim de responder a um fenômeno específico. *Contexto* é que estou descrevendo quando registro "em condições de intensa superlotação, que tomamos tal e tal medida para controlá-la".

Strauss e Corbin (2008, p. 131) referem que “condições contextuais têm suas fontes nas condições causais (e interventoras) e são o produto de como elas se cruzam para combinar-se em vários padrões dimensionalmente”.

A tecnologia de enfermagem, segundo Meier (2004, p.167),

[...] compreende o conhecimento humano (científico [*sic*] e empírico) sistematizado, requer a presença humana, visa a qualidade de vida e se concretiza no ato de cuidar, considerando a questão ética e o processo reflexivo. Os materiais e equipamentos requerem conhecimentos agregados para sua aplicação, sendo assim considerados, tecnologia para a enfermagem.

Assim, trata-se de tecnologia para a promoção da saúde, o processo de cuidar, as questões éticas e a reflexão do seu saber fazer.

Os protocolos representam saberes aplicados à clínica, à gerencia, à práxis em enfermagem em si, devendo considerar os contextos social, institucional e instrucional para sua implementação. Não fica delimitado ao conceito de saber estruturado, e sim elemento a ser considerado no entorno da realidade vivida/experimentada tanto para o enfermeiro quanto para o cliente.

- **ESTRATÉGIAS DE AÇÃO/INTERAÇÃO: Gerenciando o cuidado de enfermagem com protocolos**

As ações ou interações planejadas a fim de conduzir o tema central necessitam de alguns questionamentos como: *Quais as estratégias usadas pelos enfermeiros para realizar uma assistência com protocolos assistenciais? De que modo os protocolos são utilizados no cuidado de enfermagem?*

As estratégias de ação/interação, de acordo com Strauss e Corbin (2008), representam as pessoas, organizações, o mundo social ou o que as nações fazem ou dizem. São atos deliberados ou executados com propósito de resolver um problema e, de certo modo, ao fazê-lo, molda os fenômenos de alguma forma. Assim, elas são planejadas para conduzir, lidar com, realizar e responder a um fenômeno sob um conjunto específico de condições percebidas. São as ações realizadas pelos enfermeiros que emergem como elemento norteador para os estudos voltados para o gerenciamento do cuidado direto e indireto de enfermagem.

O gerenciamento do cuidado vai além do assistir, é a própria metacompetência do ser humano, aliada ao “ser profissional”, que ultrapassa os limites do determinismo de suas ações, que vai além de suas responsabilidades quando traz, em sua essência, premissas éticas da não maleficência e da beneficência para salvar vidas através da sua incansável luta pelo

saber agir. No intuito de emitir significado e significações, tal enfermeiro, ao se perceber como “gerente do cuidado”, pode inferir de suas elucubrações mais memoráveis o desejo pela dimensão axiomática de “gestão dos cuidados em enfermagem” como área potencial para as investigações translacionais em enfermagem.

● **CONDIÇÕES INTERVENIENTES: Os protocolos de enfermagem e suas particularidades**

Strauss e Corbin (1990) referem que as condições intervenientes podem ser pensadas como as condições que podem facilitar, dificultar ou restringir as estratégias de ação/interação num contexto específico. Estas condições incluem: tempo, espaço, cultura, o status econômico, tecnológico, carreira, história e biografia individual.

A condição interveniente entendida como sendo *os protocolos de enfermagem e suas particularidades* proporciona vários benefícios com inovações cada vez mais surpreendentes, tanto aqueles que facilitaram o trabalho do profissional da saúde quanto os que alcançam os pacientes.

Bettinelli (2002) diz que o progresso tecnológico está sendo fundamental para a resolutividade de problemas na promoção da saúde das pessoas e na manutenção de suas vidas. Já Liessi, Santos e Loures (2010, p. 209) registram: “Vista sob o prisma do suporte básico e da manutenção do equilíbrio hemodinâmico, a tecnologia é formidável, proporcionando segurança ao paciente e aos profissionais.”

Collière (2003, p. 261) comenta que, por tecnologia, “devemos entender uma arte, um conhecimento dos instrumentos, isto é, tudo que dependa da sua elaboração, da sua criação, da justificação da sua utilização apropriada e da maneira de servir deles”. A técnica

corresponde à maneira de se servir de um ou outro instrumento, sendo um processo que constitui objeto de aprendizagem e cria um saber fazer.

Deve-se valorizar a tecnologia, mas deve-se saber usá-la a fim de proporcionar a resolatividade no suporte básico de vida, bem como demonstrando competência técnica nas ações de assistência, valorizando a tecnologia na medida certa, mas sem deixar de ver a dimensão humana.

O ideal é conciliar a humanização e o uso da tecnologia, revendo a postura tecnicista da assistência de enfermagem, humanizando assim a assistência ao paciente. Não se pode agir com automatismo, esquecer-se do lado humano do paciente, lembrando sempre que, além do procedimento técnico, há um ser humano; assim, na transcendência do procedimento técnico, há que se promover a valorização da relação enfermeiro/paciente.

Para Collière (2003) os cuidados de enfermagem recorrem a tecnologias diversas, sendo as principais todas aquelas que servem à manutenção da vida: cuidados correntes de higiene, de alimentação, mas também de conforto, da apresentação, sendo estes cuidados sempre acompanhados por um suporte relacional não dissociável do ato de prestar cuidados; depois, se acrescentam instrumentos e técnicas de reparação cada vez mais complexos e aos quais se terá, ainda, que acrescentar todas as tecnologias da informação.

A utilização de equipamentos necessita ser vista por diferentes perspectivas, pois à medida que facilita o trabalho do profissional, também lhe dá segurança e, conseqüentemente, segurança ao paciente, objetivo principal da assistência. Ao enfermeiro, cabe o desenvolvimento da sua capacidade de avaliar a relação custo-benefício, as limitações e os riscos da utilização dos equipamentos, pois seu uso demasiado pode ser visto como uma dependência por parte da assistência. O enfermeiro, ao reconhecer o valor da

tecnologia, suas possibilidades e seus condicionantes, na assistência de enfermagem, prioriza a técnica em detrimento da humanização do cuidado. Existe uma clara noção, no grupo pesquisado, que torna a tecnologia indispensável para o tratamento de muitos pacientes. A depender do ambiente, há uma preocupação enorme com os aspectos tecnológicos e o funcionamento dos equipamentos. Estes são alguns condicionantes que dificultam a gestão da qualidade, na assistência de enfermagem. Mas não se pode ignorar a tecnologia; não há como renegar seu valor e a sua utilidade na recuperação do paciente. Faz-se necessário, sim, rever a postura tecnicista da enfermagem, a fim de harmonizar a utilização das tecnologias e o cuidado humanizado.

- **Consequência: O cuidado legitimado gerando autonomia profissional**

Este é o termo paradigmático final. Para poder descobrir a consequência das estratégias utilizadas, tive que fazer o seguinte questionamento: *Qual o resultado deste processo? Que consequências tem a apropriação de protocolos assistências para o gerenciamento do cuidado de enfermagem?*

As consequências são o resultado das estratégias de ação/interação utilizadas pelos enfermeiros ao fazerem uso de protocolos como tecnologia em saúde. Elas podem ser atuais ou potenciais, podem acontecer no presente ou no futuro. Pode haver consequências para pessoas, lugares e, ou, coisas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

De acordo com Strauss e Corbin (2008, p.133), “sempre que houver ação/interação ou que sua falta for assumida em resposta a uma questão ou a um problema ou para administrar ou manter uma determinada situação, há limites de consequências, algumas das quais podem ser pretendidas e outras não”. Os autores ainda referem que estas podem ter

propriedades inerentes, podendo ser singulares ou múltiplas, com uma duração variada, podendo ainda ser visíveis para a pessoa, mas não para os outros, ou sê-lo para os outros e não para a pessoa. Elas podem, ainda, ser imediatas ou cumulativas, reversíveis ou não, previstas ou imprevistas, e o seu impacto poderá ser restrito ou amplo.

O enfermeiro ainda está em busca de seu espaço e da sua valorização enquanto profissional na assistência à saúde, útil à sociedade. Muitas vezes, o enfermeiro é visto como profissional de apoio, não sendo seu conhecimento considerado como imprescindível à vida dos seres humanos. Ele quer ser reconhecido pelos pacientes, familiares e pela própria organização como imprescindível na assistência ao paciente. Ao serem reconhecidos, os enfermeiros reafirmam-se enquanto profissionais, pois ficam motivados, aumentam sua autoestima, o que demonstra que as pessoas acreditam na sua capacidade, fazendo com que cresçam profissional e pessoalmente. Este reconhecimento pode ser feito pela instituição, por colegas, pacientes ou familiares. O não reconhecimento de seus atos e ações causa uma sensação de perda, um desestímulo e uma desvalorização do trabalho.

Acompanho a argumentação de Vale, Pagliuca e Quirino (2009):

Acreditamos que é possível o uso dos nossos saberes em todas as dimensões, com a perspectiva de uma práxis que se constrói libertadora, solidária, emancipatória, numa via de interação que contempla seres humanos que cuidam e seres humanos que são cuidados, numa sintonia que atende necessidades e faz emergir o entrelaçamento de saberes e fazeres, em que o *cuidado faz convergir ciência, ética, arte e estética*. (VALE; PAGLUICA; QUIRINO, 2009, p.180).

É fundamental que o enfermeiro alcance representatividade social, por meio da utilização da tecnologia como fundamento para o seu saber agir; que adote uma postura crítica em face do contexto de sua prática; que esteja mais presente nas posições de poder,

para garantir decisões sociais e políticas no seu cotidiano, a fim de favorecer a visibilidade e a autonomia profissionais.

Neste sentido, é importante observar que o atendimento em saúde, ancorado em protocolos embasados em evidências, vai ao encontro das determinações da ética baseada em princípios. O princípio ético da “autonomia profissional” não pode ser contrariado. Os protocolos são construídos para servirem de guia para a melhor conduta, razão pela qual a autonomia da equipe deve ser preservada. A responsabilidade última pelo cuidado continua sendo decisão do profissional e do paciente. Os profissionais, portanto, têm autonomia, de direito, para decidir pela conduta que ponderarem ser a melhor, naquele momento, para o paciente em questão. Em suma, protocolos auxiliam a prática dos profissionais de saúde, mas não substituem os seus conhecimentos e habilidades. O princípio da “não maleficência” estará contemplado sempre que os protocolos forem constituídos de forma rigorosamente sistemática e respeitarem as conclusões das melhores e mais atuais evidências científicas. (SCHNEID *et al.*, 2003).



Pintura: O Juízo Final (Michelangelo)

5 A Validação da Matrix Teórica Substantiva. Revelando a Matrix Teórica Formal

***O sol
Há de brilhar mais uma vez
A Luz
Há de entrar nos corações***

***Do mal
Será cortada a semente
O amor
Será eterno novamente.***

***É o juízo final
A história do bem e do mal
Quero ter olhos pra ver
A maldade desaparecer.***

Juízo Final
(Legião Urbana – Composição de Nelson Cavaquinho)

5 VALIDANDO O MODELO TEÓRICO PROPOSTO... *O (RE)ENCONTRO...*

Após o desenvolvimento da matrix, procedeu-se à validação das categorias e suas relações entre si, como tema central do estudo.

Quando se fala em validação, de acordo com Strauss e Corbin (2008), não se está referindo a testar o sentido quantitativo da palavra. Significa que a teoria surgiu a partir dos dados, mas, no momento da integração, ela representa uma interpretação abstrata dos dados brutos. Assim, é importante determinar como a abstração se ajusta aos dados brutos e, também, determinar se algo importante foi omitido do esquema teórico.

A respeito de validação, Minayo (2007) cita que a crítica, externa e interna, constitui-se como o motor de desenvolvimento da ciência sempre que um tema estabelecido para estudo se transforma em objeto de investigação. No caso da pesquisa qualitativa, até que ponto o investigador conseguiu compreender a lógica interna do grupo estudado ou dos textos analisados? Esta pergunta é inevitável e fundamental, dentro do campo científico, embora a produção intelectual seja sempre um ponto de vista a respeito do objeto.

A validação da Matrix Teórica Substantiva, na pesquisa geradora desta tese, ocorreu junto ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES), com a presença de pós doutores, doutores, doutorandos, mestres, mestrandos e alunos de iniciação científica, durante minha incursão ao doutorado sanduíche, no país, junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no período de fevereiro a julho de 2011.

Integrar e conhecer as atividades do GEPADES, bem como ampliar o conhecimento sobre a inserção da enfermagem nas áreas que agregasses, em nível nacional, o meu interesse e o meu perfil, como doutoranda, configuraram algumas das atividades que desenvolvi no grupo.

Tal processo constituiu-se na apresentação do modelo esquemático em conformidade com o modelo esquemático de Strauss e Corbin, bem como a figura representativa da disposição das categorias, emergindo, então, os comentários e contribuições acerca da Matrix Teórica.

As discussões incentivadoras do estudo em tela trouxeram maior dinamismo e interesse para, cada vez mais, desbravar estudos e pesquisas que permeassem as temáticas: tecnologia em saúde, ferramentas assistenciais aplicadas à enfermagem e gerenciamento do cuidado. Esclareço, por oportuno, que a enfermagem encontra-se em crescimento constante, com significativa expressão junto aos centros de pesquisa se comparado às Ciências Sociais e à Medicina. Entretanto, a produção do conhecimento em enfermagem ainda chega pouco à prática, mesmo como o salto importante na qualidade das pesquisas.

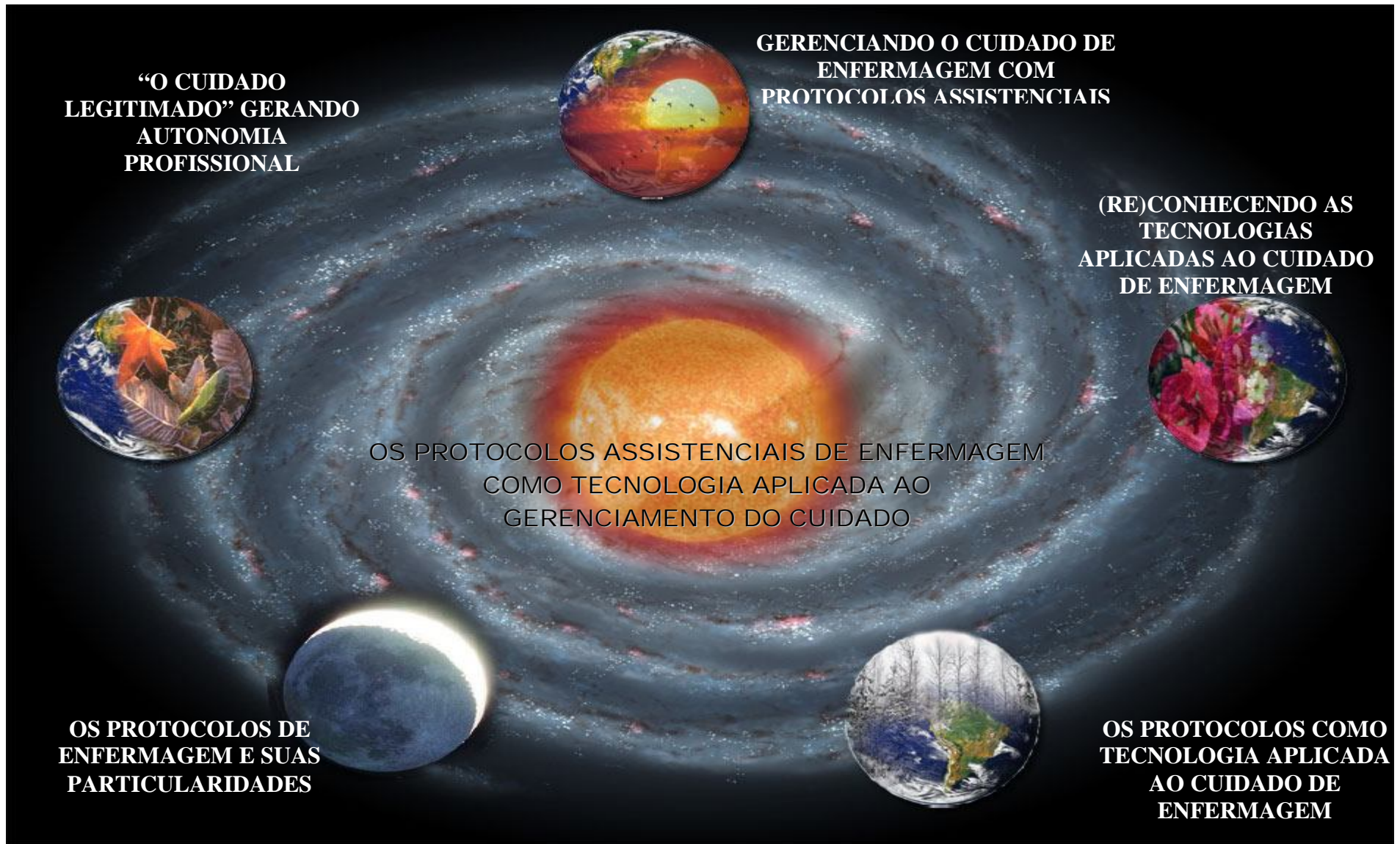
Não obstante, a enfermagem, com sua intenção de consolidar-se como ciência, carece de bases teóricas e epistemológicas para construção de métodos e ferramentas como produto do seu conhecimento. A translação entre os objetos estudados e a prática aplicada gera impacto, tanto na dimensão do saber agir profissional quanto no reconhecimento e relevância pela sociedade, trazendo autonomia reconhecidamente legitimada pelo predomínio do conhecimento e ciência aplicada.

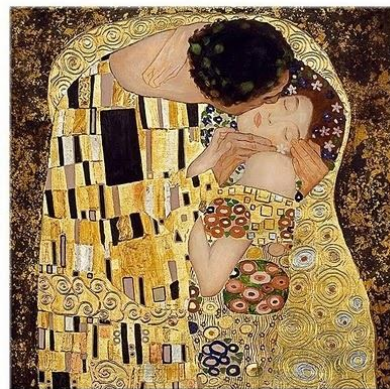
As mudanças no cotidiano profissional, transversalmente discutido à luz das competências diretivas da profissão, requerem investigações contínuas, pesquisas que

reconsiderem, ressignifiquem, validem a prática diária da enfermagem, adequando-a à realidade etnográfica e social. Por tratarem de dados interpretativos situacionais, os protocolos são interpretados de forma singular, a depender do operador; por isso, podem imprimir significados e conceitos variados, de acordo com sua relevância naquele tempo e naquele espaço.

O enfermeiro, pautado pela sua práxis, é um diagnosticador por excelência, pois interpreta e categoriza os dados com supremacia permeando ordens filosóficas, sociais, políticas e científicas, considerando aspectos ora estudados e outrora a serem estudados. Destarte, levam em conta durante a aplicação do processo de enfermagem o julgamento e raciocínio clínico, trazendo para sua linguagem diagnóstica o contexto situacional em conformidade com a realidade.

**FIGURA 13: MATRIX TEÓRICA COM A DISPOSIÇÃO DO FENÔMENO CENTRAL E CATEGORIAS
OS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM COMO TECNOLOGIA APLICADA AO GERENCIAMENTO DO CUIDADO**





Tela: O Beijo (Gustav Klimt)

Considerações Finais...

*... Lua de prata no céu
O brilho das estrelas no chão
Tenho certeza que não sonhava
A noite linda continuava
E a voz tão doce que me falava:
"O mundo pertence a nós!"*

Hoje A Noite Não Tem Luar

(Legião Urbana)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Novos desafios...

Desenvolvendo o eixo temático acerca do *significado da utilização de protocolos assistenciais no gerenciamento de enfermagem relacionando-o à incorporação tecnológica em saúde*, com fundamento nos conceitos dos referenciais teórico-metodológicos do Interacionismo Simbólico e da Teoria Fundamentada nos Dados, meu propósito foi descrever expressões, atitudes, comportamentos, manifestações e sentimentos que permeiam a vivência e a experiência do enfermeiro quanto à gerência do cuidado com ferramentas tecnológicas, como os protocolos assistenciais.

A Matrix Teórica foi intitulada OS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM COMO TECNOLOGIA APLICADA AO GERENCIAMENTO DO CUIDADO e representa a teoria que se manifestou dos dados a partir dos significados atribuídos pelos sujeitos quanto ao uso de protocolos na gerência do cuidado como tecnologia em saúde.

Essa matrix teórica trata de uma compreensão fundamentada nos dados, composta de estruturas que descrevem, explicam e pretendem prognosticar a realidade estudada, partindo de conceitos específicos, integrados e inseridos em uma configuração relacionada a um todo, que delineia a visão do fenômeno de forma sistemática, direcionada e estruturada.

Percebe-se que os grupos temáticos representativos estão muito voltados para o gerenciamento do cuidado direto, diante da demanda e do contexto hospitalar, principalmente em setores críticos. Há de se perceber que o enfermeiro prioriza algumas

situações e cuidados e não se distancia também da assistência indireta ao cliente, realizando as ações necessárias, sem deixar de lado a parte administrativa inerente ao próprio serviço.

Também, foi possível verificar que os enfermeiros são figuras-chave no atendimento ao cliente e na organização do ambiente, quer físico quer organizacional. Para tanto, buscam embasar seus conhecimentos, priorizar ações através de ferramentas facilitadoras como, por exemplo, os protocolos assistenciais.

É possível verificar que os principais fatores que se interpõem na interface enfermeiro-cliente-protocolos perpassam dois grandes grupos: as tecnologias em saúde e o gerenciamento do cuidado de enfermagem.

Nas questões referentes à instituição, salientam-se os recursos materiais e tecnológicos que fazem com que o serviço seja mais bem mensurado, deixando o cliente melhor assistido e garantindo qualidade e segurança nas atividades profissional.

Verificando os critérios para garantia do gerenciamento com qualidade, há de se perceber que a implementação da Sistematização da Assistência pautada pelo Processo de Enfermagem é um grande aliado da equipe de enfermagem na legitimidade e na garantia do cuidado emancipado e autônomo.

Trabalhar a temática sobre tecnologia aplicada ao gerenciamento constitui um desafio, considerando a sua dimensão teórico-prática e as dúvidas e resistências das equipes multiprofissionais. Estas, muitas vezes, não acreditam na viabilidade dessa iniciativa e trazem a justificativa inicial como uma nova tarefa a cumprir, como álibi da resistência inicial para adesão às inovações tecnológicas em saúde.

Cabe dizer que a partir desta pesquisa, pude confirmar a hipótese gerada no decorrer da análise dos dados, trazendo a proposição de que OS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS SÃO TECNOLOGIA EM SAÚDE (segunda hipótese), pois tratam da aplicação do processo de enfermagem subsidiando a sistematização da assistência e, portanto, COLABORAM PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM (primeira hipótese).

Estabeleço corolário e chego, por fim, à tese que endosso e que apresento como segue:

OS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS SÃO FERRAMENTAS TECNOLÓGICAS EM SAÚDE APLICADAS AO GERENCIAMENTO DO CUIDADO, POIS TRAZEM, EM SUA FORMULAÇÃO, ETAPAS PROCESSUAIS DO SABER AGIR DE ENFERMAGEM, CONTRIBUINDO PARA A LEGITIMIDADE E AUTONOMIA PROFISSIONAL.

Ao sustentá-la, compreendo a necessidade de repensarmos nossas práticas, valorizando o simbólico e os significados existentes no mundo em que existimos. Implica aceitar que nos encontramos num momento de aprimoramento e avanço tecnológico em saúde capaz de construir conhecimento, esquemas de mobilização dos conhecimentos e mecanismos de ação, diante do significado individual e coletivo da utilização, pelo enfermeiro, de ferramentas facilitadoras aplicadas ao gerenciamento de enfermagem.

Quanto à tecnologia, Meier (2004, *apud* KOERICH *et al.*, 2006, p. 180) esclarece que a tecnologia também é um conjunto de conhecimentos sistematizados, em constante processo de inovação, que são aplicados pelo profissional de enfermagem em seu processo de trabalho a fim de alcançar um determinado objetivo. Permeada pela reflexão, interpretação e análise, é subsidiada pela experiência profissional e humana. Também, há que se ressaltar que uma característica peculiar da tecnologia da enfermagem é que, em se

tratando de ser humano, não é possível generalizar condutas, mas sim adaptá-las às mais diversas situações, a fim de oferecer um cuidado individual e adequado ao ser humano.

É o enfermeiro a pessoa essencial ao processo de interação entre ferramentas e clientes, já que seu julgamento clínico fará total diferença na apreensão dos conhecimentos novos e no curso do fenômeno, na gerência do serviço. Este julgamento pressupõe uma compreensão que respeita as individualidades, singularidades e complexidades suas e da sua clientela.

Deste modo, o estudo enfatiza que a compreensão do gerenciamento na enfermagem é muito mais ampla do que imaginamos. Agora, devemos pensar e refletir sobre a assistência de enfermagem, a partir das concepções apresentadas nesse estudo, como uma eterna busca por conhecimentos a fim de sobreviver às diferentes situações vividas em torno do próprio eu.

As reflexões aqui apresentadas nos remetem a pensar num emaranhado de relações, conceitos e legislações que passam a integrar o espaço privilegiado de formação para o trabalho em saúde. Há que se considerar que essas novas referências favorecem o deslocamento de ações gerenciais para o espaço de realização do trabalho, onde a “rubrica” de tecnologia em saúde aparece como mediadora importante. Essa opção, no entanto, requer ações de caráter estratégico para a obtenção de impacto na totalidade do sistema.

A tecnologia moderna não só produz máquinas e ferramentas físicas, mas também organiza e sistematiza as atividades. A tecnologia física (pesada) apoia-se nas ciências naturais e a tecnologia não física (leve), nas ciências comportamentais. Produzir tecnologia é produzir coisas que podem ser materiais como produtos simbólicos que satisfaçam as necessidades, mas que podem ser, também, saberes acumulados para a geração de produtos

e para organizar as ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana. (KOERICH *et al.*, 2006).

Quando pensamos em assistência de enfermagem, assistência a saúde, devemos pensar sobre quais tecnologias necessitamos, sem deixar de ver que também aplicamos e construímos tecnologias e conhecimentos científicos.

Diante da assistência à saúde, temos que nos responsabilizar por boa parte da qualidade desta assistência, colocando todas as opções de tecnologias ao dispor dos usuários que delas necessitam, construindo relações com o ser humano que assistimos; para que isso ocorra, é necessário que façamos uso das múltiplas opções tecnológicas disponíveis.

Collière (2003, p.261) esclarece que “Por tecnologia devemos entender uma arte, um conhecimento dos instrumentos, isto é, tudo o que dependa da sua elaboração, da sua criação, da justificação da sua utilização apropriada e da maneira de servir deles”.

A contribuição que a enfermagem traz para sociedade é muito relevante, talvez por isso os enfermeiros se refiram à carência deste reconhecimento. Assim, foi possível visualizar, neste estudo, o quanto os profissionais carecem de maior autonomia, gostariam de ser mais valorizados pelo trabalho que realizam e pela qualidade com que o fazem. Também, eles mesmos argumentam que, para que haja sua valorização, esta deve iniciar por eles mesmos, pelos próprios colegas e pela instituição. Existe um esforço, por parte destes profissionais, da construção de uma nova imagem da enfermagem.

Collière (2003, p.95) argumenta:

Aprender a tornar-se enfermeira com estatuto de auxiliar do médico, sujeitando a enfermeira à única decisão e prescrição médica, tornou impossível e indesejável qualquer interrogação sobre a *natureza dos*

cuidados, impedindo assim de definir a prestação e precisar a finalidade da função de cuidar perante os utentes (doentes ou não). É sobre esta imprecisão que grassa o mal-estar da enfermeira, por um lado devido à confusão permanentemente mantida entre os tratamentos médicos e os cuidados.

Assim, cada enfermeiro tem, na sua valorização profissional, o reconhecimento da sociedade; ele é um profissional indispensável à assistência ao paciente, principalmente no que se refere à qualidade, mas vê e sente pouco esta referência.

Heller (1989, p.90), no que se refere à sociedade, esclarece:

A sociedade humana tem a propriedade essencial de que o caráter público das ações influi nas próprias ações. O comportamento global dos homens transforma-se quando eles estão colocados diante do público, diante de seus olhos e diante de seu julgamento; os homens, nesses casos, adotam uma "postura" num sentido redundante. Isso se deve, em parte, ao fato de que – colocado no meio público – o homem sente mais intensamente o dever de representar a humanidade, de dar exemplo.

Quanto à realização da pessoa no seu contexto social, Mead (1962) refere que a organização se expressa em dotes particulares e, em especial, a situação individual do sujeito. Este é um membro da comunidade, porém é também uma parte especial da comunidade, com uma herança e uma posição particular que o distinguem de todos os demais. Assim, ao ter consciência de si mesmo como tal, e isto não só na sociedade política, ou de sua condição de membro de grupos dos quais participam, mas também desde o ponto de vista do seu pensamento reflexivo, o indivíduo reage continuamente à sociedade. Cada adaptação envolve algum tipo de troca com a comunidade à qual o indivíduo se adapta, e esta troca pode ser muito importante. Ainda esse mesmo autor destaca que os complexos de inferioridade surgem da existência, na pessoa, de necessidades insatisfeitas às quais, ao não serem satisfeitas, nos adaptamos mediante os chamados complexos de inferioridade. Em

certo sentido, só se realiza a si mesma graças à sua superioridade com respeito aos outros, do mesmo modo que reconhece sua inferioridade comparada aos outros. É interessante penetrar na própria consciência, intimamente, e encontrar aquilo do qual temos tendência a depender para manter nosso auto-respeito. Pertencemos a uma comunidade, e nosso auto-respeito depende de que nos reconheçamos como tais indivíduos que se respeitam a si mesmos; porém, isso não nos basta, queremos ser reconhecidos em nossas diferenças com relação a outras pessoas.

Parece que, na enfermagem, sempre procuramos que os outros reconheçam nosso trabalho, que o torne importante em toda a sociedade; mas será que nós, enfermeiros, nos valorizamos? Ou queremos somente ser respeitados por nossas diferenças em vez de sê-lo por nossa capacidade?

Mead (1962) enfatiza que trocamos as coisas graças à capacidade que temos e que as outras pessoas não têm. Tal capacidade é o que nos torna eficazes. A atitude imediata leva um sentimento de superioridade, de manutenção da pessoa. A superioridade é a meta que temos em vista. É um meio para a conservação da pessoa. Temos que nos distinguir dos outros, e isto só acontece quando fazemos algo que os demais não podem fazer ou não podem fazer tão bem.

Assim, temos que fazer uma enfermagem que só os enfermeiros podem fazer ou, pelo menos, que ninguém a faça melhor que eles; somente assim haverá um reconhecimento profissional perante a comunidade, reconhecimento que os entrevistados referem como a possibilidade de obter através da incorporação de protocolos assistenciais próprios, validados e legitimados juntos ao poder instituído e ao instituinte.

Pode-se perceber, no estudo, que todos querem e desejam a construção de uma nova imagem da enfermagem, com espaços dentro da organização, mas, para que isso aconteça, é necessário que tal valorização se inicie pelo próprio enfermeiro ao acreditar em sua capacidade. Podemos perceber que este esforço existe e, no meu entendimento, é a força propulsora rumo a novas conquistas e à valorização profissional.



Tela: *Fighting Temeraire* (William Turner)

Referências

*Escrevi prá você e você não respondeu
Também não respondi quando você me escreveu
Anotei seu telefone num pedaço de papel
E calculei seu ascendente no recibo do aluguel.
Esqueci seu sobrenome,
Mas me lembro de você.
E a rotina crescia como planta
E engolia a metade do caminho
E a mudança levou tempo por ser tão veloz
Enquanto estávamos a salvo
Ficamos suspensos,
Perdidos no espaço.*

Perdidos No Espaço
(Legião Urbana)

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 1014 p.

ALCANTARA, Leila Milman. **A enfermagem militar operativa gerenciando o cuidado em situações de guerra**. 2005. 288f. Tese (Doutorado em Enfermagem)—Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2005.

AYRES, José Ricardo de C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu (SP), v. 4, n. 6, p. 117-120, fev. 2000.

ATAÍDE, Maria Luiza da Silva, OLIVEIRA, Eva Aparecida de. TECNOLOGIAS: fundamentos histórico críticos. **Itinerarius Reflectionis** (UFG. Campus Jataí), 2001. Disponível em: revistas.jatai.ufg.br/index.php/itinerarius/article/download/510/205

AZZOLIN, Gabriela Marchiori Carmo; PEDUZZI, Marina. Processo de trabalho gerencial e processo de enfermagem na perspectiva de docentes de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 28, n.4, p.549-555, dez. 2007.

BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria; SASSO, Grace Terezinha Marcon Dal; BERNS, Isabel. Enfermagem e tecnologia: análise dos grupos de pesquisa cadastrados na Plataforma Lattes do CNPq. **Texto & Contexto em Enfermagem** [online], Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 443-8, jul./set., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n3/a06v18n3.pdf>
Acesso em: 15 out. 2010.

BERGAMO, Maria Inês I. B. B; ABRAHÃO, Patrícia de S.; FURINI, Aline Cristina de A. Algoritmos: “as árvores da decisão”. **Nursing**. Barueri (SP), v. 84, n. 8, p. 225-229, 2005.

BETTINELLI, Luiz Antonio. **A solidariedade no cuidado: dimensão e sentido da vida**. A Solidariedade no Cuidado: Dimensão e Sentido da Vida. Florianópolis: Editora da UFSC - PEN Enfermagem, 2002. 200 p.

BLUMER, Herbert. **Symbolic Interactionism**. Los Angeles; Berkeley (CA): University of California Press, 1969.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** [Lei do Exercício Profissional]. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 26 jun.1986.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa. **Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais.** Manual Operacional. Porto Alegre: 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Saúde Brasil 2005:** uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 824/GM, de 24 de junho de 1999.** [Estabelece] Normas de atividade médica em nível hospitalar. Diário Oficial da União. Brasília, n.120-E, Seç. I, 25 jun. 1999

_____. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996.** [Estabelece] Diretrizes e normas reguladoras de pesquisas com seres humanos. Brasília: O Conselho, 1996.

BUENO, F. M. G.; QUEIROZ, M. S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. v. 59, n. 2, p 222-227, mar./abr., 2005.

CARDOSO, Tereza F. Levy. Sociedade e desenvolvimento tecnológico: uma abordagem histórica. In: GRISNSPUN, Mirian P. Z. (Org.). **Educação tecnológica:** desafios e perspectivas. São Paulo: Cortez, 1999, p 183-225.

CARRARO, Telma AElisa; WESTPHALEN, Mary E. A. Metodologias para a assistência de enfermagem. Goiânia: AB, 2001. (Coleção Curso de Enfermagem).

CASSIANI, Sílvia Helena D. B.; CALIRI, Maria Helena L.; PELÁ, Nilza Tereza R. Teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.4, n. 3, p 75-88, dez. 1996.

CECILIO, L. C. de O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: porque as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 39-55, maio/ago. 2004.

CHARMAZ, Kathleen. **A construção da teoria fundamentada:** guia prático para análise qualitativa. Tradução: Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. Teoria, Processo e Prática. 4. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2006.

_____. **Gestão de pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CIANCIRULLO, Tamara I.; GUALDA, Dulce Maria R.; MELHEIRO, Marta Maria; ANABUKI, Marina H. **Sistema de assistência de enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. 303p.

CIAMPONE, Maria Helena T.; KURCGANT, Paulina. O ensino de administração em enfermagem do Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 401-407, jul./ago. 2004.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida**. 2 ed. Trad. Sílvia Ventura [*et al.*]. Loures (PT): Lusociência, 2003. 440p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **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, e dá outras providências.

CORRÊA, Maíra Baumgarten. Tecnologia. In: CATTANI, Antonio D. (Org.). **Trabalho e tecnologia**: dicionário crítico. 4.ed. Porto Alegre, RS: Ed. UFRGS; Petrópolis, RJ: Vozes, 1999, p.311-317.

COSTA, Reginaldo Paulino da. **Gerenciamento do cuidado de enfermagem na prática de um hospital de ensino**. 2009. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro. 2009.

COULON, Alain. **A Escola de Chicago**. Tradução: Tomás R. Bueno. São Paulo: Papyrus, 1995. 135 p.

COUTO, Renato Camargo, *et al.* **Emergências Médicas e Terapia Intensiva**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CROZETA, K.; STOCCO1, J. G. D.; LABRONICI, L. M.; et al. Interface entre a ética e um conceito de tecnologia em enfermagem. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 239-43, 2010.

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

DANTAS, Cláudia de Carvalho. **A enfermeira gerenciando o cuidado de clientes com HIV/Aids**: o não dito pelo feito visando um cuidado igualitário independente da patologia. Rio de Janeiro, 2005. 253f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2005.

DELUIZ, Neise. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 5-16, maio 2001.

DRUMMOND, José Paulo; SILVA, Eliezer; COUTINHO, Mário. **Medicina baseada em evidências**: novo paradigma assistencial e pedagógico. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

ERMEL, Regina Célia; FRACOLLI, Lislaine A. Processo de trabalho de gerência: uma revisão de literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 89-96, 2003.

ESPIRITO SANTO, Fátima Helena; PORTO, Isaura Setenta. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.10, n. 3, p. 539-546, dez. 2006 .

FERNANDES, Márcia S. *et al.* A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 161-167, mar./abr. 2003.

FIELD, Marilyn J.; LOHR, Kathleen N. (Editors). [*Committee on Clinical Practice Guidelines, Institute of Medicine*]. **Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use**. Washington, DC: The National Academies Press, 1992.

FIGUEIREDO, Nébia M. A.; VIANA, Dirce L. **Fundamentos do uso de tecnologias na enfermagem**. São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2006.

FORMOSO, Giulio; LIBERATI, Alessandro; MAGRINI, Nicola. *Practice guidelines: useful and “participative” method?* **Archives of Internal Medicine**, v. 161, n.16, p. 2037-2042, Sept. 2001.

FRACOLLI, Lislaine A.; EGRY, Emiko Y. Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 13-18, set./out. 2001.

FULY, Patrícia C. S.; LEITE, Josete L.; LIMA, Suzinara B. S. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.6, p 883-887, nov./dez. 2008.

GALANTE, Anderson C.; ARANHA, Joslene A.; BERALDO, Lúcia; et al. A vinheta como estratégia de coleta de dados de pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 357-356, 2003.

GALVÃO, Cristina Maria. **A prática baseada em evidências: uma contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória**. 2002. 114f. Tese (Livre Docência)—Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto (SP), 2002.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie M.; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-556, 2004.

GAUTHIER, Jacques H. M. *et al.* **Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GELBCKE, Francine L; SOUZA, Lúcia A.; DAL SASSO, Grace M; *et al.* Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 136-39, jan./fev. 2009.

GLASER, Barney. **Basics of Grounded Theory analysis: emergence versus forcing**. Mill Valley (CA): Sociology Press, 1992.

GOMES, Giovana Calcagno. **Compartilhando o cuidado à criança: refletindo o ser família e construindo um novo modo de cuidar a partir da vivência na internação hospitalar**. 2005. 334 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)—Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC), 2005.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 10 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2005.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na Pós-modernidade**. 4.ed. Tradução Tomás Tadeu da Silva, Guaracira Lopes Louro. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. 102p.

HAZINSKI, Mary Fran *et al.* (Eds.). **Destques das Diretrizes da AHA para RCP e ACE - 2010**. [Editores da versão em Português: Helio Penna Guimarães *et al.*]. Dallas, TX: American Heart Association, 2010. (Guidelines CPR, ECC - 2010).

HELLER, Agnes. **O Cotidiano e a História**. Trad. Carlos Nelson Coutinho; Leandro Konder. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

HONÓRIO, Rita P. P.; CAETANO, Joselany A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológica. Relato de Experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v.11, n,1 p.188-93, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a24.htm>>. Acesso em: jan 2010.

HORTA, Wanda de A. **Processo de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 101 p.

HOUAISS, Antonio. **Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

IYER, Patricia W.; TAPTICH, Barbara J.; BERNOCCHI-LOSEY, Donna. **Processo e diagnóstico de Enfermagem**. Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 325p.

JAPIASSU, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de Filosofia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.

JORGE, Maria Salete B.; FREITAS, Consuelo H. A. de; NÔBREGA, Maria Fátima B.; et al. Gerenciamento em Enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.1, p.81-86, jan.-fev. 2007.

KAISER, Rolf. *Antiemetic guidelines: are they being used?* **Lancet Oncol**, v. 6, n. 8, p. 622-625, Aug. 2005. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(05\)70284-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(05)70284-9/fulltext)>

KNOBEL, Elias. **Condutas no paciente grave**. São Paulo: Atheneu, 1994.

KOERICH, Magda S.; BACKES, Dirce S.; SCORTEGAGNA, Helenice M., *et al.* Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto & Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v.15 (Esp), p.178-185, 2006.

KURCGANT, Paulina. **Gerenciamento em Enfermagem**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

_____. **Gerenciamento em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 2005.

LIMA, Graciele Oroski P. de. **Cuidando do cliente com distúrbio respiratório agudo: proposta de um protocolo assistencial para tomar decisões em enfermagem**. 2007. 76 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.

LIMA, Francisca Elisângela Teixeira; ARAUJO, Thelma Leite de; SERAFIM, Edilma Casimiro Gomes; CUSTODIO, Ires Lopes. Protocolo de Consulta de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: influência na ansiedade e depressão. **Revista Latino-mericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 331-338, maio-jun. 2010.

LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith. (Org.). **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Tradução de Ivone Evangelista Cabral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, Márcia M. B.; CARVALHO, Jacira N.; BACKES, Marli Terezinha S. B.; *et al.* Políticas e tecnologias de gestão em serviços de saúde e de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 819-27, 2009.

LUCENA Amália de Fátima. **Mapeamento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva**. 2006. 193f. Tese (Doutorado em Ciências)—Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Paulo, 2006.

MAGALHÃES, Ana Maria M.; DUARTE, Erica Rosalba D. Tendências gerenciais que podem levar a enfermagem a percorrer novos caminhos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 408-411, jul./ago. 2004.

MARIA, Vera Lúcia R. (Coord.); MARTINS, Ivete; PEIXOTO, Maria Selma P. **Exame clínico de enfermagem do adulto: focos de atenção psicobiológicos como subsídio para diagnósticos de enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Láttria, 2005.

MARTINS, Christiane; KOBAYASHI, Rika M.; AYOUB, Andréa C.; *et al.* Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. Florianópolis, v.15, n.3, p. 472-478, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a12.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2009.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. Florianópolis, v.15, n.3, p. 508-514, jul./set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2009.

MEAD, George H. *Mind, self, and society*. Chicago: University of Chicago Press, 1962. 401p.

MEIER, Marineli Joaquim. **Tecnologia em enfermagem**: desenvolvimento de um conceito. 2004. 216f. Tese (Doutorado em Enfermagem)—Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis (SC), 2004.

MENDES, I. A. C. *et al.* Liderança da enfermeira na perspectiva da ética pós-moderna. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 53, n. 3, p. 410-414, jul./set. 2000.

MENDES, I. A. C.; LEITE, J. L.; TREVIZAN M. A; *et al.* A produção tecnológica e a interface com a Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.55, n.5, p. 556-60, set./out. 2002.

MERHY, Emerson E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

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

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: **O SUS em Belo Horizonte**. São Paulo: Xamã, 1998.

MERHY, Emerson E.; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio M.; RIMOLI, Josely; *et al.* **O Trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 296 p.

MERHY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M C.; DESLANDES, Suely F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MOREIRA, Patrícia Luciana; DUPAS, Giselle. Significado de saúde e de doença na percepção da criança. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.11, n.6, p.757-762, nov./dez. 2003.

MOTTA, Paulo Roberto. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente.** 3.ed. Rio de Janeiro: Record, 2001

NASCIMENTO, Maria Aparecida de Luca. O cuidado de enfermagem e as ciências que nele incidem. **Enfermagem Brasil,** Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p.165-169, 2004.

NASCIMENTO, Maria Angela A. do; ASSIS, Marluce Maria. A enfermeira no contexto do sistema único de saúde: tendências à atuação na distritalização da saúde. **Sitientibus,** Feira de Santana, n. 16, p. 5-15, jan./jun. 1997.

NÓBREGA, Maria de Fátima Bastos. **Processo de trabalho em enfermagem na dimensão do gerenciamento do cuidado em um hospital público de ensino.** 2006. 154f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde) – Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2006.

OLIVEIRA, Beatriz G. R. B. de A passagem pelos espelhos: a construção da identidade profissional da enfermeira. **Texto & Contexto em Enfermagem,** Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 60-67, Jan./mar. 2006.

_____. **A construção da identidade profissional da enfermeira: o significado atribuído pelas alunas ingressantes na graduação.** 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)— Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 1995.

PAIM, Lúgia; MARTINS, Cleusa R.; PAESE, Fernanda; et al. Demarcação histórica da enfermagem na dimensão tecnológica. **Texto & Contexto em Enfermagem** [online], Florianópolis, v. 18, n. 3, p.542-548, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n3/a18v18n3.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2009.

PERES, Aida Maris. **Competências gerenciais do enfermeiro**: relação entre as expectativas da instituição formadora e do mercado de trabalho. 2006. 250f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. São Paulo, 2006.

PERES, Aida Maris; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto & Contexto em Enfermagem** [online], Florianópolis, v.15, n.3, p. 492-499, jul.-set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a15.pdf>> Acesso em: 18 fev. 2009.

PEZZI, M C. M. Primando pela **Qualidade através do significado**: o trabalho da enfermeira de CME em face dos recursos humanos. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: método, avaliação e utilização. 5.ed. Tradução: Ana Thorell. Porto Alegre: Arte Médicas, 2004. 487p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de Enfermagem**: Conceitos, processo e prática. 8.ed. Tradução: Maria Inês correia do Nascimento *et al.* Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PRADO, Marta Lenise do; BACKES, Vânia Marli S., REIBNITZ, Kenya S.; *et al.* Produções tecnológicas em enfermagem em um curso de mestrado. **Texto & Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 475-81, jul./set., 2009.

RAMOS, Marise, N. **A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez, 2001. 320 p.

RIBEIRO, Anesilda A. de A.; FALCON, Gladys S.; BORESTEIN, Miriam S.; PADILHA, Maria Itayra C. de S. A escolha profissional no imaginário social – enfermeiras brasileiras e peruanas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 241-250, ago. 2006.

RIBEIRO, Eliana Cláudia O.; MOTTA, José Inácio J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Londrina, n.12, p. 39-44, jul. 1996.

ROCHA, Patrícia K.; PRADO, Marta Lenise do; WAL, Marilene L.; *et al.* Cuidado e Tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 61, n. 1, p. 113-116, jan./fev. 2008.

ROSSI, Flávia Raquel; LIMA, Maria Alice D. S. Acolhimento: tecnologia leve nos processo gerenciais do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 58, n. 3, p. 305-310, maio/jun. 2005.

SANTOS, Sérgio R. dos; NÓBREGA, Maria Míriam L da. A *Grounded Theory* como alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.55, n.5, p.575-579, set./out. 2002.

SCHNEID, Samir; STEIN, Airton; CAMARGO; *et al.* Protocolos clínicos embasados em evidência: a experiência do Grupo Hospitalar Conceição. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 47, n. 2, p. 104-114, abr./jun. 2003.

SCHWEITZER, Gabriela. Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial à adultos vítimas de trauma. 2010. 184f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2010.

SMELTZER, Susanne; BARE, Brenda. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 4v.

SOUZA, Elvira de F. **Novo manual de enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1976.

STRAUSS, Anselm L.; CORBIN, Juliet M. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada**. 2. ed. Tradução de Luciane de Oliveira Rocha. Porto Alegre: Artmed, 2008.

_____. *Basics of qualitative research: Grounded Theory procedures and techniques*. Newbury Park (CA): Sage Publications, 1990.

TREZZA, Maria Cristina S. F. **Construindo através da doença possibilidades de sua libertação para uma outra forma de viver: um modelo teórico representativo da experiência de pessoas que tiveram câncer**. 2002. 264 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)—Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2002.

VALADARES, Gláucia Valente. **A formação profissional e o enfrentamento do conhecimento novo:** a experiência do enfermeiro em setores especializados. 2006. 270f. Tese (Doutorado em Enfermagem)—Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2006.

VALE, Eucléa Gomes; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; QUIRINO, Hermilton Ribeiro. Saberes e práxis em enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro; v. 13, n. 1, p. 74-180, jan-mar, 2009.

VARGAS, Milton. **Para uma filosofia da tecnologia**. São Paulo: Alfa-Omega, 1994. 286p.

WOLFE, Robert M.; SHARP, Lisa K.; WANG, Ralph M. *Family physicians' opinions and attitudes to three clinical practice guidelines*. **J Am Board Fam Pract**, Waltham (MA, USA), v. 17, n. 2, p. 150-157, Mar. 2004.

WOOLF, Steven H.; GROL, Richard; HUTCHINSON, Allen; *et al.* *Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines*. **British Medical Journal**, London (UK), v. 318, p. 527-530, Feb. 1999.

YASHIOCA, Magada Rojas. **Tendo que ser maior que os obstáculos para existir como enfermeira**. 1996. 199f. Tese (Doutorado em Enfermagem)—Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, 1996.



Tela: *Dia de Primavera em Karl Johan* (E. Munch, 1890)

Apêndices

*É a verdade o que assombra
O descaso que condena,
A estupidez, o que destrói...
..Não me entrego sem lutar
Tenho, ainda, coração
Não aprendi a me render
Que caia o inimigo então...
...E até lá, vamos viver
Temos muito ainda por fazer
Não olhe pra trás
Apenas começamos.
O mundo começa agora
Apenas começamos.*

Metal Contra as Nuvens
(Legião Urbana)

APÊNDICE A

INSTRUMENTO INICIAL PARA ENTREVISTA

- Identificador: _____
 - Sexo: Feminino () Masculino () Idade: _____
 - Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____
 - Tempo de Formação Profissional : _____ Tempo de formação acadêmica: _____
 - Pós Graduação: _____ Tempo de pesquisa após o doutoramento: _____
 - Linhas de pesquisa: _____
 - Núcleos de Pesquisa: _____
 - Tempo de Atuação Profissional: _____
 - Setores onde já desempenhou atividades: _____
 - Atividades desenvolvidas como pesquisador: _____
-
- ✓ Na sua concepção, como pensa que deveria acontecer o processo de gerenciamento do cuidado de enfermagem em situações de risco iminente de morte?
- ✓ O que entende sobre protocolos assistenciais? É conhecedor de algum voltado para o processo de cuidar de enfermagem? Caso seja, fale sobre.
- ✓ Qual sua opinião acerca da tecnologia em saúde/cuidado e o processo de cuidar de enfermagem?

APÊNDICE B:

PROTOCOLO PARA IDENTIFICAÇÃO DOS **DISTÚRBIOS ASSOCIADOS À INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA** BASEADOS NOS ACHADOS SEMIOLOGICOS DO CLIENTE

1 – DEFINIÇÃO:

A Insuficiência Respiratória Aguda (IRA) caracteriza-se pelo distúrbio funcional agudo ocasionado pela incapacidade do sistema respiratório manter a necessidade de ventilação/oxigenação, existindo comprometimento grave no processo de hematose.

2 – CLASSIFICAÇÃO:

2.1- *Insuficiência Respiratória Aguda Hipoxêmica:*

Condição que pode reduzir, acentuadamente, a tensão de oxigênio arterial. Resulta de distúrbios da relação ventilação alveolar/perfusão, se caracterizando gasometricamente por hipoxemia sem retenção de CO₂.

2.2 – *Insuficiência Respiratória Aguda Hipercapnica-Hipóxica / Insuficiência Ventilatória Aguda*

Condição em que há eliminação inadequada de CO₂. Resulta da Hipoventilação alveolar, se caracterizando gasometricamente por hipoxemia associada a elevação da PaCO₂.

3- CAUSAS DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA:

3.1- *Insuficiência Respiratória Aguda Hipoxêmica:*

- Lesão pulmonar aguda
- Síndrome da angustia respiratória aguda (SARA)
- Edema Pulmonar cardiogenico
- Pneumonias
- Embolia pulmonar

3.2 - *Insuficiência Ventilatória Aguda:*

a.) Desordens que comprometem o estímulo respiratório:

- Overdose
- Infarto do Tronco cerebral

b.) Comprometimento da função muscular respiratória:

- Esclerose lateral amiotrofica
- Síndrome de Guillain-Barré
- Miastenia grave

c.) Aumento do trabalho respiratório:

- Asma
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

4- BASES PARA O DIAGNÓSTICO:

Os sinais e sintomas clínicos observados podem ser derivados de uma grande variedade de doenças que podem causar a IRA.

As manifestações clínicas originam-se das condições de hipoxia e hipercapnia, não exercendo especificidade no diagnóstico da insuficiência respiratória aguda. Portanto, o diagnóstico da IRA, para ser precoce e preciso, depende da análise gasométrica do sangue arterial.

Classificação da IRA	Achados gasométricos arteriais				Mecanismo Básico
	pH	PaO ₂	PaCO ₂	SaO ₂	
<i>IRA Hipoxêmica</i>	≥ 7,4	< 55-60 mmHG	≤ 40 mmHg	< 90 %	Déficit da oxigenação
<i>IRA Ventilatória</i>	< 7,35	↓ dos valores previstos	> 50 mmHg	↓ dos níveis previstos	Déficit da ventilação

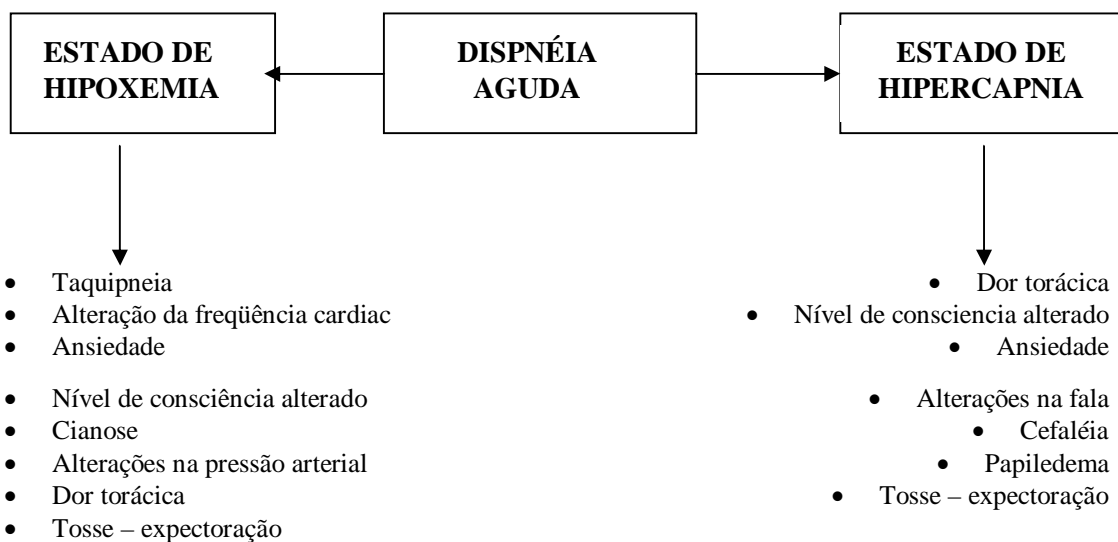
4.1 – SINTOMATOLOGIA GUIA:

É um sinal/sintoma que permite ao enfermeiro recompor a história da doença atual com maior facilidade e precisão. A alteração da frequência e/ou ritmo respiratório é considerada como achado básico da insuficiência respiratória aguda, estando, obrigatoriamente, presente nesses distúrbios.

- **Dispnéia:** habitualmente observada e de maior relevância na Insuficiência Respiratória Aguda.

4.2 – SINAIS DE ALERTA:

Juntamente com a dispnéia, a manifestação de dois ou mais sinais/sintomas determina a presença de distúrbio respiratório agudo.



4.3 – SINAL DE GRAVIDADE:

Indica agravamento do quadro de IRA.

- **Cianose:** manifestação tardia, considerada importante na avaliação da IRA pode indicar hipoxemia acentuada (PaO₂ < 50 mmHg):

5 – OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO EM CASOS DE IRA:

Corrigir a causa subjacente e restaurar a adequada troca gasosa, através de quatro métodos:

• Manutenção e permeabilidade das vias aéreas
• Mobilização das secreções
• Promoção da expansibilidade torácica
• Oxigenoterapia

6 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM CASOS DE IRA:

O tratamento pode contemplar medidas farmacológicas^(*), técnicas físicas, psicossociais e oxigenoterapia.

Algumas atribuições requerem intervenção de outros profissionais^(*), sendo necessário o acompanhamento conjunto da equipe de saúde envolvida no atendimento ao cliente acometido com IRA

6.1 - Manutenção da permeabilidade e desobstrução das vias aéreas

- Técnica da tosse - manutenção da permeabilidade das vias aéreas.
- Aspiração orofaríngea/nasofaríngea e/ou orotraqueal/nasotraqueal.
- Suporte ventilatório invasivo para correção da IRA, caso necessário.

6.2 – Mobilização das secreções:

- Hidratação - manter a limpeza mucociliar normal.
- Umidificação - fluidificar e mobilizar as secreções pulmonares.
- Nebulização – melhorar a limpeza das secreções pulmonares.
- Drenagem postural.

6.3 – Promoção da expansibilidade torácica:

- Mudança de decúbito – diminuir a dificuldade respiratória, facilitar a expansibilidade torácica e mobilização de secreções pulmonares.
- Suporte ventilatório adequado - promover recrutamento alveolar, facilitar a expansibilidade torácica.

6.4 – Manutenção e promoção da oxigenação:

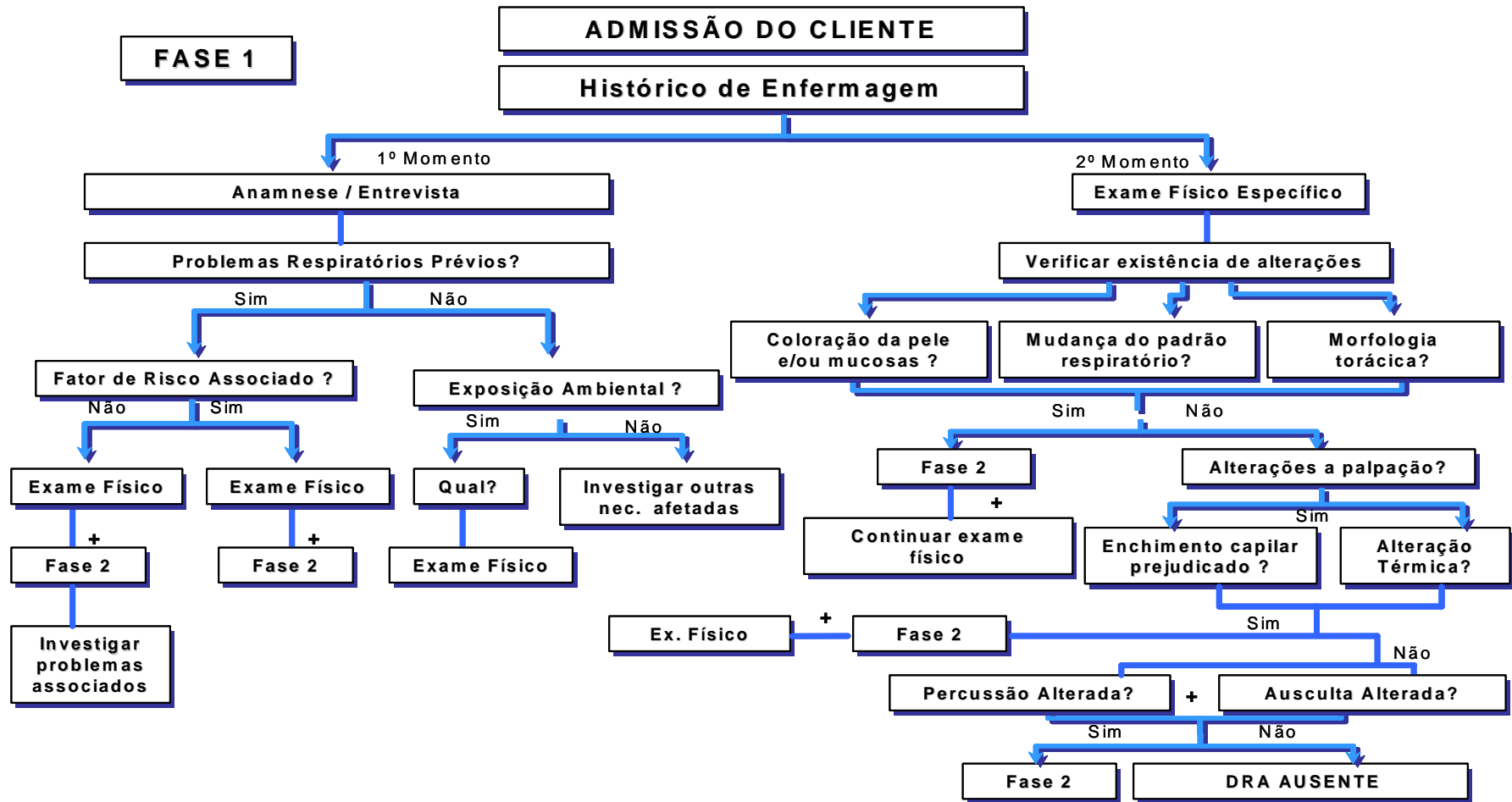
- Oxigenoterapia – utilização de máscara facial.
- Mudança de decúbito – diminuir a dificuldade ventilatória/respiratória.

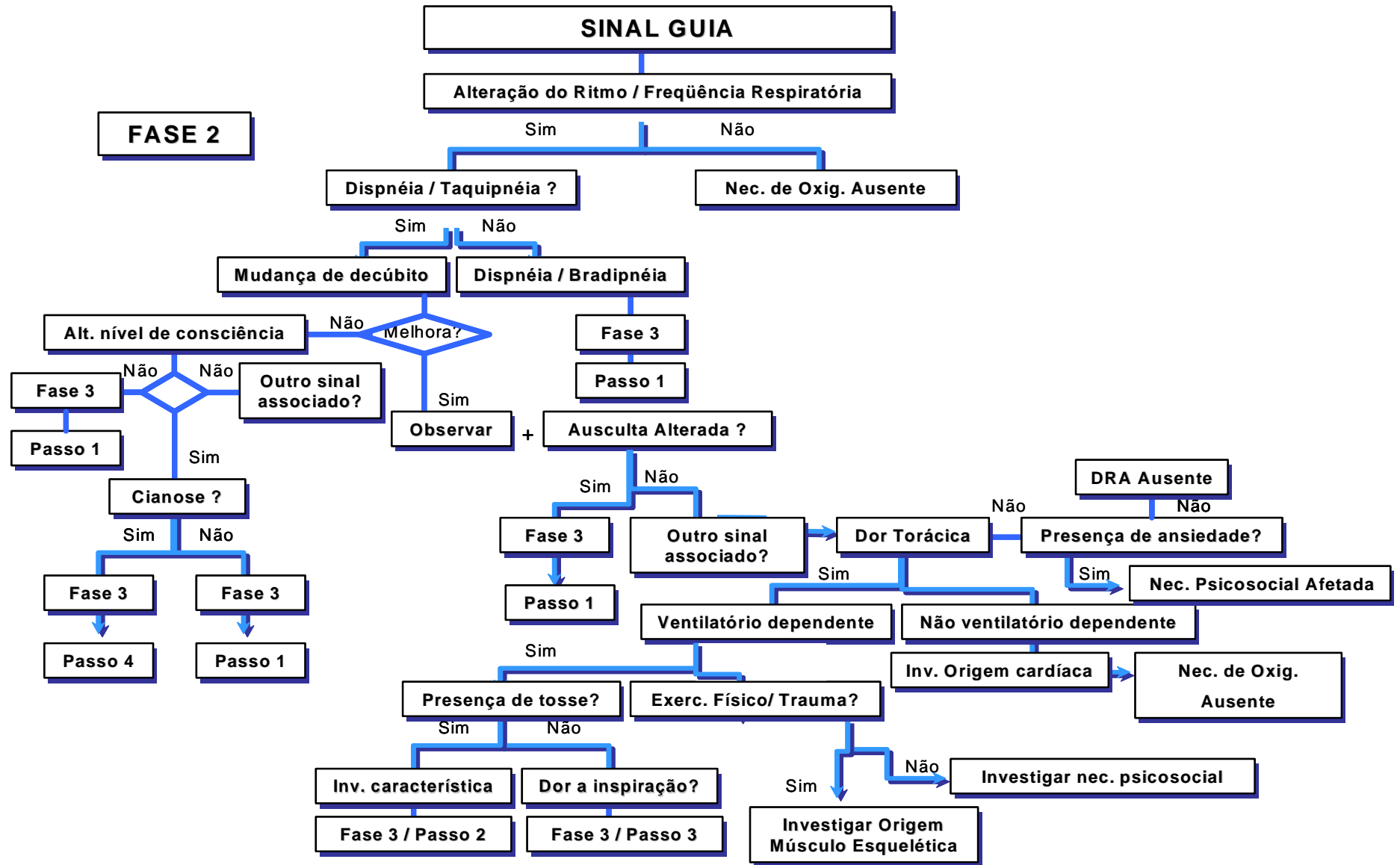
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

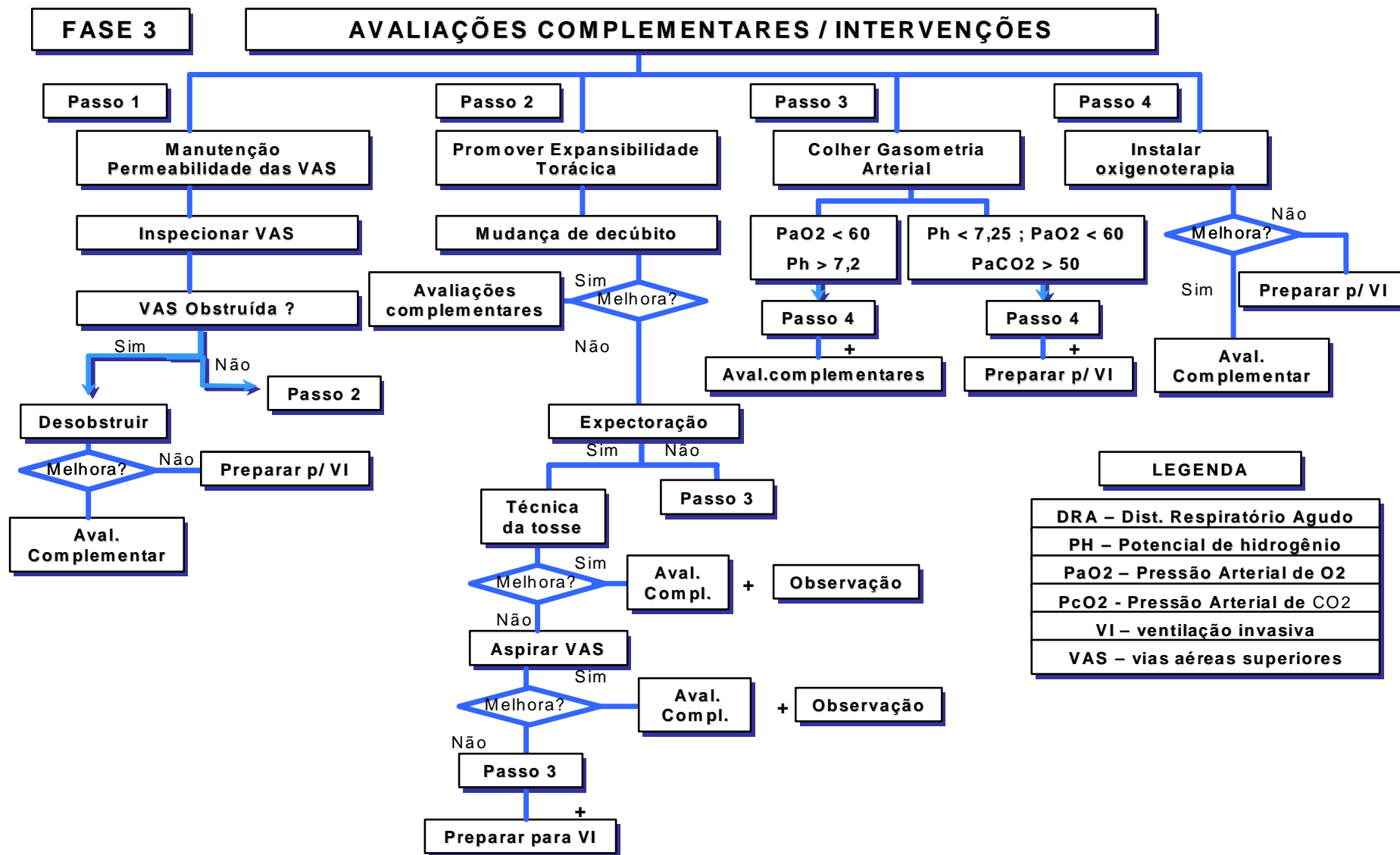
1. BARRETO, S. S. M.; VIEIRA, S. R. R.; PINHEIRO, C. T. S. **Rotinas em Terapia Intensiva**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
2. KNOBEL, E. **Condutas no Paciente Grave**. São Paulo: Atheneu, 1994.
3. COUTO, R. C, et al. **Ratton - Emergências Médicas e Terapia Intensiva**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
4. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem: Conceitos, Processo e Prática**. vol. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
5. SMELTZER, S. C., BARE, B. G. **Brunner & Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico**. 9ª ed., vol.4. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro: 2002.
6. HIGA, E. M. S.; ATALLAH, A. N. et al. **Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar: medicina de urgência**. São Paulo: Manole, 2004.

7. PORTO, C. C. **Exame Clínico – Bases para a Prática Médica**. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
 8. PORTO, C. C. **Semiologia Médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990.
-

ALGORITMO DE INVESTIGAÇÃO DOS DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS AGUDOS (DRA)







APÊNDICE D. *RELATÓRIO FINAL DO ESTÁGIO SANDUICHE*



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**RELATÓRIO FINAL DO DOUTORADO SANDUICHE NO PAÍS REALIZADO NA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARIA (Florianópolis – SC)**

DOUTORANDA: GRACIELE OROSKI PAES

ORIENTADORA: PROF^a DR^a JOSÉTE LUZIA LEITE (EEANN-UFRJ)

TUTORA: PROF^a DR^a ALACOQUE LORENZINI ERDMANN

RIO DE JANEIRO
AGOSTO / 2011

SUMÁRIO

EQUIPE ENVOLVIDA	03
APRESENTAÇÃO E OBJETIVOS	03
DESBRAVANDO O CAMINHO	03
<i>Conhecendo o GEPADES:</i>	03
<i>Inserções no programa de pós graduação:</i>	04
<i>Encontros com a tutora, participações no grupo e disciplinas:</i>	05
DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	05
CONSIDERAÇÕES	07
AGRADECIMENTOS	07
ANEXOS	08

Equipe Envolvida:**DOUTORANDA:** Graciele Oroski Paes**ORIENTADORA:** Prof^a Dr.^a Josete Luzia Leite**INSTITUIÇÃO SEDE:** EEAN – UFRJ**ORIENTADOR DA SEDE:****INSTITUIÇÃO DESTINO:** UFSC**TUTORA DA INSTITUIÇÃO DESTINO:** Prof. Dr. Alacoque Lorenzini Erdmann**PERÍODO DE IMPLANTAÇÃO:** fevereiro a julho de 2011.**Apresentação**

Esse relatório visa a descrição das atividades realizadas frente à incursão ao doutorado sanduíche no país junto ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) nos períodos de fevereiro a julho de 2011.

Objetivos

Integrar e conhecer as atividades do grupo de pesquisa GEPADES (Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde) do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, bem como, ampliar o conhecimento sobre a inserção da enfermagem nas áreas que agreguem o interesse e perfil da doutoranda a nível nacional.

Desbravando o caminho...*Conhecendo o GEPADES:*

Após o exame de qualificação de tese em março de 2011 foi realizado a primeira visita a UFSC com vistas a apresentação do grupo de pesquisa do qual participaria. Neste dia fui apresentada aos integrantes do GEPADES e a outros professores pesquisadores do programa de pós graduação de outras áreas, possibilitando o intercambio de saberes e percepções acerca da proposta de tese.

O acolhimento da equipe do grupo e da Prof Alacoque, foi agregador para a progressão do interesse em desbravar novos olhares e significados para minha formação no doutoramento.

Inserções no Programa de Pós-Graduação:

Além de encontros com o grupo de pesquisa, também me inseri junto ao Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado Em Enfermagem ministrando a aula com o tema "Protocolos

clínicos: evidências, vivências e experiências no contexto profissional", além de contribuir em outros encontros como ouvinte e/ou colaboradora.

Encontros com a tutora, participações no grupo e disciplinas:

Os encontros para orientações individuais com a Prof. Dr. Alacoque Lorenzini Erdmann aconteciam ao longo da estada na UFSC conforme planejamento prévio.

Nesses encontros foram discutidos temas, tais como: dinâmica do grupo de pesquisa, Sistemas/conceitos de cuidado, *contractos* (dialogicidade, processo e contra processos) que permeiam o Paradigma da Complexidade, o referencial metodológico reconhecido sobre o método Grounded Theory utilizado na tese de doutorado, dentre outros.

Pela sua expressiva competência acadêmica e científica, a Prof. Alacoque é amplamente reconhecida na área de concentração, possuindo inserção em variadas frentes de trabalho intra e extramuros à UFSC. Nas discussões temáticas a professora se mostrou muito prestativa, interessada e acolhedora.

Nas participações em grupo destaca-se a aproximação com o programa N-Vivo, software utilizado para subsidiar a análise em pesquisas qualitativas, e a intensa colaboração durante a etapa de validação da proposta de modelo teórico da tese. As discussões incentivadoras do estudo em tela da tese trouxeram maior dinamismo e interesse para cada vez mais desbravar estudos e pesquisas que permeiem as temáticas: tecnologia em saúde, ferramentas assistenciais aplicadas à enfermagem e gerenciamento do cuidado.

Fui apresentada a uma das pesquisadoras do GIATE - Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem que corroborou com tamanha expressão para a aproximação com autores internacionais que discutem e tratam o tema tecnologia em saúde sob uma ótica diferenciada do que atualmente temos delineado nacionalmente.

Particpei de 3 (três) aulas da disciplina "Tecnologia e gestão na educação e trabalho em enfermagem" oferecida aos cursos de mestrado e doutorado coordenada pela Prof. Alacoque. O encontro que trouxe as discussões e comparações acerca da evolução histórica da ciência, administração, enfermagem e seu modelo paradigmático foi extremamente vigorante e animador, pois neste dia emergiram várias inquietações e propostas para vindouras explorações nas dimensões da filosofia, da epistemologia e *contractos* teóricos aplicados à área da saúde e enfermagem.

Descrição das atividades desenvolvidas:

<u>Período: 11 a 14 de abril de 2011.</u>	
MÊS / 2011	ATIVIDADES
Primeiro dia 11 de abril	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhecimento da universidade, do grupo de pesquisa GEPADES (Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde) e integração com os membros participantes. ✓ Apresentação da doutoranda ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC. ✓ Discussão com a tutora e demais integrantes do GEPADES (alunos de IC, doutorandos, mestrandos e de pós-doutorado) acerca da enfermagem como profissão e ciência, história e suas perspectiva na área de conhecimento. ✓ Participação nas discussões junto ao Mestrado Profissional de Enfermagem. ✓ Participação na reunião do grupo de pesquisa GEPADES. ✓ Participação da disciplina oferecida pelo GEPADES pelo Programa de Pós Graduação com discussões acerca da evolução histórica da ciência, administração, enfermagem e seu modelos paradigmáticos ✓ Aproximação com os grupos e as linhas de pesquisa do PEN.
Segundo dia 12 de abril	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encontro com a tutora para discutir conteúdos da tese e metodologia. ✓ Encontro com integrantes do grupo de pesquisa. ✓ Busca das pesquisas desenvolvidas no programa com levantamento de teses que tratem do objeto investigado. ✓ Encontro com pesquisadora do GIATE - Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem para aproximação com bases conceituais da tese.
Terceiro dia 13 de abril	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Discussão no grupo de pesquisa sobre as experiências na abordagem metodológica (TFD) com utilização de software <i>N-Vivo</i>. ✓ Apresentação aos integrantes do grupo dos elementos discutidos na tese e caminhos já percorridos. ✓ Levantamento da proposta de confecção do <i>paper</i> junto a tutora. ✓ Planejamento para segunda visita a UFSC.
Quarto dia 14 de maio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encerramento das atividades da primeira visita e planejamento para próximo retorno programado para a terceira semana de maio de 2011.

<u>Período: 23 a 26 de maio de 2011</u>	
Primeiro dia 23 de maio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encontro com a tutora da instituição e discussão do caminhar da tese. ✓ Participação junto ao Mestrado Profissional de Enfermagem ministrando a aula com o tema "Protocolos clínicos: evidências, vivências e experiências no contexto profissional" ✓ Apresentação na reunião do grupo de pesquisa GEPADES da temática central da tese: modelos de gerenciamento de enfermagem com protocolos assistenciais. ✓ Participação da disciplina oferecida pelo GEPADES pelo Programa de Pós Graduação com apresentação do Seminário sobre Sistemas Gerenciais e sua interface com a Enfermagem, proferido pela doutoranda da EEAN Marcelle Miranda.

Segundo dia 24 de maio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aquisição de experiência na abordagem metodológica (TFD) com utilização de software <i>N-Vivo</i>. ✓ Reconfiguração das categorias com vistas ao desenvolvimento da Matrix Teórica Substantiva ✓ Levantamento de publicações para a elaboração do <i>paper</i>.
Terceiro dia 25 de maio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Discussão dos apontamentos dos membros da banca de qualificação com vistas ao relatório final da tese. ✓ Aquisição de experiência na abordagem metodológica (TFD) com utilização de software <i>N-Vivo</i>. ✓ Planejamento para terceira visita a UFSC.
Quarto dia 26 de maio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilização de software <i>Bizagi</i> para construção de modelos em TFD. ✓ Confecção do relatório parcial de atividades desenvolvidas no doutorado sanduiche. ✓ Encontro com integrantes do grupo de pesquisa GEPADES.
Quinto dia 27 de maio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encerramento das atividades da segunda visita e planejamento para próximo retorno programado para a primeira semana de julho de 2011.

<u>Período: 04 a 07 de julho de 2011</u>	
Primeiro dia 04 de julho	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encontro com a tutora da instituição e discussão dos encaminhamentos para o processo de validação. ✓ Validação da Matrix Teórica da tese junto ao grupo de pesquisa GEPADES com a presença de pós doutores, doutores, doutorandos, mestres, mestrandos e alunos de iniciação científica.
Segundo dia 05 de julho	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encontro com a tutora da instituição e discussão das contribuições dos participantes do grupo no processo de validação da Matrix teórica da tese. ✓ Definição da temática para a confecção do <i>paper</i>, excetuando os derivados da tese. São eles: relato de experiência quanto ao doutorado sanduíche no país e a utilização da técnica de vinheta em pesquisas aplicadas e enfermagem.
Terceiro dia 06 de julho	<ul style="list-style-type: none"> ✓ (Re)discussão com os doutorandos sobre as considerações que emergiram durante a validação da Matrix teórica.
Quarto dia 07 de julho	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encerramento das atividades e planejamento para o encaminhamento da defesa de tese.

Considerações

Apresentar-me a uma realidade diferente do “vivido” habitualmente é de suma importância. A natureza vista e percebida a primeiro olhar torna-se densa e agregadora, sendo refinada ao passar do compartilhamento de experiências e vivências de ambas partes envolvidas nessa empreitada do doutorado sanduíche.

Através do contato e da interação com as pessoas pude também perceber como é vantajoso e prestigioso ter a oportunidade de mesclar e interconectar informação e formação, logrando valores individuais, coletivos e certamente institucionais para ambas as instituições e pessoas envolvidas.

Quando nos afastamos da própria realidade, ainda que parcialmente, e nos deparamos com novas e diferentes realidades, nos sensibilizamos melhor aos nossos hiatos/lacunas, como também percebemos nossas possibilidades e potencialidades em busca da superação e do crescimento.

Agora ficam as inquietações acerca do que e como corroborar para inovar os aspectos inerentes a realidade das praticas de ensino, pesquisa, extensão e assistência, através da incorporação de propostas para novos modelos de intervenção nas questões sociais, políticas e culturais que permeiam a pratica de cuidar em enfermagem de forma responsável e comprometida.

Agradecimentos:

Aproveito reiterar o meu sincero agradecimento àqueles que me incentivaram, encorajaram e apoiaram para que o Doutorado Sanduíche se efetivasse.

Agradeço, em primeiro lugar, à minha Orientadora Professora Dra Joséte Luzia Leite pelo empenho e estímulo para a busca de experiências de doutorado na modalidade Sanduíche em outra Universidade no País. Também pelas palavras: “Grace... vai, vai... você consegue!”

À Coordenação Geral e Coordenação do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação da EEAN da UFRJ juntamente com sua equipe, pelo incentivo e investimentos para a consolidação desse intercambio visando o estreitamento dos laços e parcerias nacionais, assim como agregar valor a minha formação pessoal.

A Chefia e ao corpo deliberativo do Departamento de Enfermagem Fundamental (DEF) da EEAN que primando pela qualificação docente em prol de um ensino de qualidade, viabilizaram o parecer favorável ao meu afastamento parcial no período desejado.

A Profa Dra.Alacoque Lorenzini Erdmann que a todo instante empenhou-se sem restrições para que essa experiência se efetivasse da melhor forma possível. Aos integrantes do GEPADES que acolhedoramente me receberam e tornaram a minha estada em Florianópolis agradabilíssima. Ainda considero que além de aprendizado técnico e científico, tais pessoas com a singeleza que lhes é peculiar, harmonicamente aliaram nossos encontros formais acadêmicos a discussões informais do cotidiano...

(Graciele Oroski Paes Doutoranda - EEAN / UFRJ)

Apêndices: FOTOS DO DIA DA VALIDAÇÃO DA MATRIX TEÓRICA DA TESE



Tela: *A Estrela* (Degas, 1896-7)

Anexos

*Gosto quando estou feliz
Gosto quando sorris para mim
Estou longe, longe
Estou em outra estação
Não me digam como devo ser
Gosto do jeito que sou
Quem insiste em julgar os outros
Sempre tem alguma coisa p'ra esconder*

...

*Todos fazem promessas demais
Temos muito o que aprender*

...

*Venha comigo
Não tenha medo
Tem muita gente
Que pensa o mesmo
Estou longe, longe
Estou em outra estação.
Estou longe, longe.*

Uma Outra Estação
(Legião Urbana)

ANEXO A.**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA TERMO DE
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Você foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada:** APROPRIAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE BASEADA EM PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS: GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS AGUDOS, que tem como **objetivos:** GERAL: apreender o significado do processo de cuidar mediante apropriação de protocolos assistenciais de enfermagem como tecnologia em saúde; ESPECÍFICOS: descrever o processo de cuidar frente a incorporação de protocolos assistenciais de enfermagem como tecnologia em saúde; validar o processo de cuidar pautado no protocolo de enfermagem como tecnologia em saúde no cuidado ao cliente com distúrbio respiratório agudo; construir uma Matrix Teórica do processo de cuidado proposto baseado no protocolo assistencial de distúrbio respiratório agudo como tecnologia em saúde. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como método Teoria Fundamentada em Dados (TFD).

A pesquisa terá duração de 03 anos, com o término previsto para agosto de 2011.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista e vinheta. A entrevista e vinheta serão gravadas em dispositivo de gravação de áudio para posterior transcrição – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

Você **não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras**. Não haverá **riscos** de qualquer natureza relacionada a sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem e seu processo de cuidar.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail e o endereço do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Graciele Oroski Paes
Doutoranda em Enfermagem (UFRJ)
Cel: (21) 81790100
e-mail: gracieleoroski@ufrj.br

Joséte Luzia Leite
Orientadora da Pesquisa
Cel: (21) 8853-0428
e-mail: joluzia@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21) 2293-8148 / ramal 228

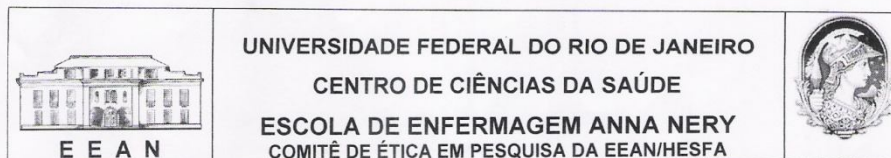
Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20__.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa:

(assinatura)

ANEXO B.
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



Protocolo nº 017/2010

Título do Projeto: APROPRIAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE BASEADA E PROTOCOLOS ASSISTÊNCIAIS: GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM DISTÚRBO RESPIRATÓRIO AGUDO

Pesquisadora Responsável: Graciele Oroski Paes

Instituição onde a pesquisa será realizada: EEAN

Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 18/03/2010

SITUAÇÃO: APROVADO

Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião realizada pelos membros do Comitê de Ética e Pesquisa, em 27 de abril de 2010.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar **o relatório da pesquisa daqui a 01 (hum) ano e/ou ao término da mesma, em CD, indicando o número do protocolo atual**, como um compromisso junto a esta Instituição e o CONEP.

Rio de Janeiro, 29 de abril de 2010.

Maria da Soledade S. dos Santos
 Maria Soledade Simeão dos Santos
 Substituta Eventual da Coordenadora do Comitê de Ética
 EEAN/HESFA/UFRJ

ANEXO C.

PARECER AVALIATIVO DO ESTAGIO DO DOUTORADO SANDUICHE

PARECER de desempenho do ESTÁGIO DO DOUTORADO SANDUÍCHE
da Doutoranda **GRACIELE OROSKI PAES**.

A aluna **GRACIELE OROSKI PAES** do Curso de DOUTORADO EM ENFERMAGEM do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ e Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem – GESPEN, realizou o Estágio de Doutorado Sanduíche de 01 de fevereiro a 31 de julho de 2011.

As atividades da referida Doutoranda, conforme descritas em seu relatório, foram desenvolvidas junto ao **GEPADES** – *Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde*, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem *Stricto Sensu* da Universidade Federal de Santa Catarina.

Registra-se o exemplar desempenho da Doutoranda neste Estágio, mostrando forte interesse em ampliar a discussão sobre o referencial teórico-metodológico do seu projeto de tese e respectivos achados, inteirando-se das diversas atividades do GEPADES, importantes para aprimorar suas competências em produção científica e exercício acadêmico do diálogo inerente a formação de doutor em enfermagem.

Agradecemos a oportunidade de troca e enriquecimento de nossas experiências em pesquisa com a **Doutoranda Graciele**, extensivo a sua **Orientadora e Coordenação do PG ENF da EEAN/UFRJ**, fortalecendo nossas parcerias em produções compartilhadas e experiências de ensinar e aprender entre os integrantes de nossos Grupos de Pesquisa.

Florianópolis, SC, 01 de agosto de 2011

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Profa. Titular da UFSC/PEN/NFR/CCS.
Coordenadora do GEPADES e PQ 1A.